

# Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz  
www.spapex.es

Vol. XV - Marzo 2018 - Núm. 1

15º Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

## Sumario

### MESAS REDONDAS

Meningococos emergentes

Julio Vázquez Moreno *Página 1*

La Gripe, no tan banal

Raúl Ortiz de Lejarazu *Página 3*

¿Debemos seguir al prematuro tardío?

Mercedes García Reymundo *Página 4*

Desarrollo neurológico del prematuro tardío

Xavier Demestre Guasch *Página 9*

### TALLERES

Estabilización y traslado del niño crítico en atención primaria

Mª Sol López Soria, Gracia Mª Saucedo Cerdera *Página 13*

Aspectos médico legales en pediatría

Mariano Casado Blanco *Página 15*

Interpretación teórico-práctica de la ecografía en atención primaria

José Antonio Fernández Merchán *Página 29*

Vínculos en el inicio de la vida y su importancia en el desarrollo infantil

Adela Gutiérrez Fisac, Mª Ángeles Martín Rodríguez *Página 37*

Resúmenes de los pósteres presentados *Página 42*



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05  
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés  
Impresión: Gráficas Hache

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE POR CORTESÍA DE **FERRING**





# Meningococos emergentes.

**Julio Vázquez Moreno.**

Director del Centro Nacional de Microbiología. Coordinador del Laboratorio Nacional de Referencia para Meningococos. Instituto de Salud Carlos III

*Neisseria meningitidis*, el agente causal de la enfermedad meningocócica invasiva, es un microorganismo que utiliza con gran eficacia diferentes mecanismos genéticos que le permiten producir casi de forma continua nuevas variantes. Estas nuevas variantes expresan nuevas combinaciones antigénicas, o facilitan la resistencia a antimicrobianos, y el azar diseñan variantes que se adaptan mejor a la colonización, o que son más transmisibles, etc. En definitiva, esta plasticidad evolutiva implica que el meningococo presente una epidemiología dinámica y cambiante, desde un punto de vista temporal y geográfico.

El principal antígeno del meningococo es el polisacárido capsular, que además es su principal factor de virulencia. Y la diferente composición química del polisacárido ha permitido la clasificación del microorganismo en serogrupos. Se han descrito 12 serogrupos, pero sólo el A, B, C, W e Y (y recientemente el X en África) se asocian con la inmensa mayoría de los casos clínicos globalmente. El polisacárido capsular ha constituido además la base para el desarrollo de vacunas conjugadas eficaces frente a los serogrupos A, C, W e Y, en forma de productos monovalentes (MenC conjugada, MenA conjugada) y tetravalentes. Por este motivo, uno de los primeros análisis que se hace en la vigilancia de la enfermedad meningocócica es la distribución geográfica y temporal de los serogrupos a nivel local, regional y global, lo que resulta de ayuda en la toma de decisiones para intervenciones con vacunas.

Cuando se mira cual ha sido la distribución global de los serogrupos en el último siglo, puede verse cómo esta distribución ha sufrido grandes cambios en periodos de tiempo cada vez más cortos.

Así, los serogrupos B y C han sido mayoritarios en gran parte del mundo durante la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, en los años 90 se asistió a un importante evento que modificó en Estados Unidos

las proporciones de los serogrupos: se produjo un aumento inesperado de casos asociados al serogrupo Y, ligados a cepas de una línea clonal específica, conocida como ST23. Estas cepas comenzaron su dispersión por el Norte, en Canadá, y por el Sur, afectando principalmente a países de la región del Caribe, para posteriormente dar el salto a la Unión Europea. No obstante, el aumento más significativo se produjo en Estados Unidos, en donde este aumento condicionó la inclusión de vacuna tetravalente conjugada MenACWY desde el año 2005.

Pero el evento más inesperado se ha venido produciendo desde el principio del siglo XXI con la continua expansión del serogrupo W. La primera señal tuvo lugar con el brote de casos de este serogrupo, asociado con la peregrinación a la Meca del año 2000 (Hajj 2000). Hubo más de 200 casos en el Reino de Arabia Saudí, a los que se sumaron un importante número en los países donde residían los peregrinos y afectaron a estos y a sus convivientes. En 2001 y 2002 se produjeron brotes epidémicos asociados al serogrupo W en algunos países del llamado "cinturón africano de la meningitis", y unos años después reaparece en el Sur de Brasil. En el año 2006 se produjo un pequeño brote en el Norte de Argentina, y en pocos años este serogrupo se hace endémico en el país, representando más del 50% de todos los casos. En 2013 se detecta un incremento en Chile que duplica en un año la tasa de incidencia en el país (de un 0,4 x 100000 se pasó a un 0,8), con una mortalidad cercana al 30%. Esta situación hizo que las autoridades sanitarias implementaran una campaña de vacunación reactiva con vacuna MenACWY conjugada entre los 9 meses y los 5 años de edad, introduciéndose posteriormente en calendario vacunal a partir de los 12 meses de edad. En todos los eventos, las cepas asociadas fueron caracterizadas como serogrupo W, del complejo clonal ST11, y la hipótesis era que la expansión



tenía un origen común era el Hajj 2000. En 2013 y 2014 se asistió a un incremento muy significativo de casos asociados al serogrupo W en Reino Unido. En ese momento se hizo un estudio comparando cepas W de muy diversos orígenes geográficos y temporales mediante la secuenciación masiva del genoma completo. Esto permitió ver que las cepas aisladas en el brote de la Meca del año 2000, y las de los brotes en el cinturón africano, así como cepas Sudafricanas en expansión, constituían una “familia” a la que se llamó “linaje Africano”, mientras que las cepas aisladas del Cono Sur en Latinoamérica, eran muy similares a las que se aislaban en Inglaterra, constituyendo un linaje diferenciado, al que se llamó “linaje Sudamericano” dentro del que se situaba la llamada “cepa UK original”. Posteriormente se observó como surgía una nueva variante llamada “UK 2013”, aparentemente con una mayor capacidad de expansión. Un aumento similar ha sido observado en Holanda en el año 2016, asociado con cepas W de las llamadas UK 2013. En España, hemos observado un incremento importante en el año 2016 y 2017. Si bien los números aún son pequeños, es de suma importancia mantener una vigilancia reforzada sobre la evolución de esta situación.



# La Gripe, no tan banal.

Raúl Ortiz de Lejarazu, Centro Nacional de Gripe de Valladolid.  
Hospital Clínico Universitario

La Gripe A es una antropozoonosis respiratoria y sistémica causada por los virus de la Gripe. Factores víricos y del huésped no totalmente conocidos modifican su curso clínico. Una de sus características es su imprevisibilidad debido a la variabilidad biológica, epidemiológica (tiempo, virus, personas, geográficas, etc.) que posee. El reservorio biológico natural de los virus de la gripe son las anátidas salvajes; desde ese banco genético y en distintos pasos a lo largo del tiempo franquean la barrera genética hasta llegar al hombre con pasos en huéspedes intermediarios como los cerdos. En los humanos causan pandemias cuando aparece un virus completamente nuevo originado por reordenamiento genético entre virus animales o animales y humanos. En los siguientes años el virus pandémico se va estacionalizando y adaptándose a circular entre humanos, produciendo epidemias estacionales de Gripe.

Tanto las pandemias como las epidemias estacionales afectan fundamentalmente a los niños. Cada estación gripal la incidencia por edades de la enfermedad es máxima entre 0 y 14 años. De forma crítica en los menores de 6 meses la gravedad es mayor posiblemente por la inmadurez; algo menor pero importante entre 6 meses y 2 años y de 2 a 5 años. La incidencia de hospitalización en esas edades es máxima y similar a los grupos de riesgo clásicos (>65 años y enfermos crónicos). Se puede afirmar que la Gripe es una enfermedad de niños y adultos jóvenes que mata a individuos con fragilidad biológica independientemente de su edad.

Los datos españoles muestran un porcentaje no desdeñable de hospitalizaciones en edad pediátrica y algunas muertes que sorprenden a la población general cuando se producen; probablemente por el abuso sobre la supuesta banalidad de esta enfermedad en la práctica clínica. Epidemia tras epidemia los niños son diana de esta enfermedad sean cuales sean los virus de la gripe responsables (A o B). La Gripe no es tan banal como se divulga. En España el registro de casos hospitalizados con gripe confirmada por laboratorio del GVGE muestra que los casos entre 0 y 14 años suponen entre el 6 y el 34% del total de edades dependiendo de temporadas.

EEUU, Canadá junto con UK y Finlandia en Europa son los países que han entendido este hecho y han implementado programas de vacunación en niños que han demostrado los beneficios colaterales de la vacunación gripal con reducción importante de la carga de enfermedad en la población vacunada y en los convivientes.

Los niños eliminan durante más tiempo y mayor carga viral el virus de la Gripe por lo que son los mejores transmisores de gripe en la comunidad. Por debajo de los 6 meses no hay ninguna vacuna admitida por lo que la inmunización materna es crucial. La OMS ha recomendado en su *position paper* de 2012 la vacunación de embarazadas y niños entre 2 y 5 años como dianas principales además de los grupos recomendados clásicamente. Distintos trabajos han probado su efectividad.

Existen distintas vacunas de Gripe entre ellas las cuadrivalentes con dos linajes de virus B (Victoria y Yamagata) son las que ofrecen mayores garantías. En las recomendaciones de la OMS para la vacuna del próximo año por primera vez se recomienda la inclusión de cuatro cepas (dos A y dos B). Por otra parte el *Advisory Committee on Immunizations Practices* (ACIP) estadounidense, que discontinuó la recomendación de la vacuna atenuada intranasal para las temporadas 2016-17 y 2017-18 ha vuelto a recomendarla al mismo nivel que la inactivada para la próxima temporada 2018-19 en base a nuevos datos. Por sus características, esta vacuna ofrece una enorme facilidad de administración en población infantil. Para ello es necesario un convencimiento de que la gripe no es tan banal en las edades frágiles de la vida, no solo reduciendo la enfermedad sino también complicaciones frecuentes como la otitis y disminuyendo la prescripción innecesaria de antibióticos además de proteger al niño y sus convivientes (hogar, colegio, guardería, etc.). España que ha tenido coberturas importantes de vacunación en >65 años necesita hacer un esfuerzo de madurez académica y reflexión clínica respecto al impacto global de la gripe en la salud infantil.



# ¿Debemos seguir al prematuro tardío?

Mercedes García Reymundo.

Unidad de Neonatología. Hospital de Mérida.

La prematuridad continúa siendo la primera causa de morbimortalidad neonatal e infantil, y constituye uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad, especialmente en la más industrializada. La población de prematuros tardíos (PT), que incluye a los niños nacidos entre las 34 y 36 semanas de edad gestacional (SEG), representa el 70-74% de todos los prematuros y, de manera general, no se ha incluido en la mayoría de los protocolos y/o recomendaciones de seguimiento para niños prematuros. Esto es debido a que durante muchos años los PT han sido manejados como si de recién nacidos a término (RNT) se tratasen, lo que ha llevado al desconocimiento de su evolución a largo plazo. Sin embargo, este grupo de prematuros ha sido objeto de múltiples estudios en la última década, dejando constancia de que se trata de niños con un desarrollo diferente al de los RNT, y no están exentos de riesgo de presentar secuelas a largo plazo.<sup>1</sup> La mayor incidencia de patología que presentan los PT al ser comparados con los RNT no se limita exclusivamente al periodo neonatal, sino que continúa siendo mayor durante la infancia, con mayores tasas de rehospitalización y consulta a los Servicios de Urgencias, mayor riesgo de infecciones, de fallo de medro, de problemas respiratorios y de trastornos del neurodesarrollo, y la mortalidad infantil entre los PT es 2-3 veces mayor que la de los RNT.<sup>2</sup>

El grupo de trabajo SEN34-36 de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) en colaboración con la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), han desarrollado estas recomendaciones de seguimiento con el objetivo principal de disminuir el impacto de la prematuridad en el desarrollo de los PT. Estas recomendaciones se pueden consultar en su versión completa en <http://www.aepap.org/biblioteca/ayuda-en-la-consulta/recomen->

daciones-del-seguimiento-del-prematuro-tardio. Asimismo y como objetivos secundarios pretende:

- Sensibilizar a neonatólogos y pediatras de los posibles riesgos de secuelas de los PT.
- Determinar y unificar evaluaciones y/o intervenciones que se deberían realizar a los niños PT.
- Detectar de manera precoz las anomalías en el desarrollo de los PT.
- Coordinar la atención de todos los profesionales implicados en el seguimiento de los PT.

Los principales profesionales implicados en el seguimiento del PT serán los equipos de Pediatría de Atención Primaria y los neonatólogos encargados de las consultas de seguimiento del prematuro en los hospitales de referencia. Al alta tras el nacimiento, y según los antecedentes del PT, se evaluará el reparto de los controles a realizar entre los dos niveles de atención, así como la necesidad de seguimiento específico por otras especialidades pediátricas (Tabla 1).

De manera ideal la historia clínica de cada paciente debería ser común y estar disponible para todos los profesionales implicados en el seguimiento del PT. Como herramienta de seguimiento clínico de diseño específico para el PT se dispone de la plataforma web Proyecto Acuna ([www.proyectoacuna.es](http://www.proyectoacuna.es)). Los hospitales que lo deseen pueden registrar sus PT en la misma, de manera que las visitas de seguimiento también se pueden hacer con la misma aplicación, indistintamente por el pediatra de atención primaria o por el de especializada.

Se deberá seguir a estos niños hasta los 2 años se-



gún Edad corregida (EC) y hasta los 6 años según la edad cronológica, con especial atención a aquellos PT con factores de riesgo para una peor evolución neurológica: crecimiento intrauterino retardado, hipoglucemia sintomática, hiperbilirrubinemia con necesidad de fototerapia, hipoxemia, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, lactancia artificial y/o bajo nivel socioeducativo materno (Tabla 1).

### Resumen de la Justificación:

La alimentación es un aspecto clave en la atención del PT porque condiciona su crecimiento. Las ventajas de la LM para los PT son incluso mayores que para los RNT. Establecerla con éxito en este grupo poblacional frecuentemente es más problemático. La inmadurez va asociada a una mayor somnolencia, menor fuerza muscular y capacidad de succión, con dificultades en la coordinación succión-deglución que predisponen a una ingesta inadecuada y, a las madres, a una producción insuficiente de leche.<sup>3</sup>

Todo ello puede ser causa de malnutrición, deshidratación e hiperbilirrubinemia, particularmente en hijos de primíparas añosas o en nacidos por cesárea.<sup>3</sup>

Su vulnerabilidad nutricional específica, a menudo no reconocida, incrementa la tasa de mortalidad y reingresos hospitalarios, 2-3 veces mayores que los RNT en los primeros 15 días de vida.<sup>4</sup>

El riesgo de restricción del crecimiento del prematuro moderado y del PT es 2,5 veces más alto que el RNT.<sup>5</sup> La infranutrición al inicio de la vida tiene efectos irreversibles en el SNC y puede provocar un peor desarrollo cognitivo. A su vez, una ganancia excesivamente rápida de peso en los periodos de lactancia/primera infancia se han asociado con el síndrome metabólico en la edad adulta.<sup>3</sup>

La morbilidad respiratoria en el PT es frecuente tanto en el periodo neonatal como a medio y largo plazo.<sup>6,7</sup> Las complicaciones neonatales respiratorias ocurren en un 10,5% de los PT frente a un 1,13% de los RNT. Distintos trabajos han sugerido que la administración de corticoides antenatales en esta población supondría una disminución de las complicaciones respiratorias en el periodo perinatal.<sup>8</sup>

Se ha identificado una mayor riesgo en los PT de padecer bronquitis (RR 1,24) y asma (RR 1,68), de precisar esteroides inhalados (RR 1,66), y de ingresar por problemas respiratorios en los dos primeros años de vida (RR 1,99) al compararlos con RNT.<sup>7,9</sup> Las infecciones son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los PT, siendo uno de los principales motivos de consulta médica y de reingreso hospitalario. En el PT las infecciones respiratorias son sin duda las infecciones más frecuentes, seguidas de las gastrointestinales, y las que mayor tasa de consultas médicas y reingresos provocan. El riesgo de ingreso por infección respiratoria es tres veces mayor en el PT que en RNT durante el primer año de vida con mayores tasas de ingreso en unidades de cuidados intensivos, necesidad de intubación y ventilación mecánica, y mayor duración de la hospitalización que en el RNT.<sup>10</sup>

La vacunación sistemática en la infancia es una de las medidas que mayor impacto ha tenido en salud pública. El consenso general es que los prematuros, y por ende el PT, deben seguir el mismo calendario vacunal que los niños nacidos a término.<sup>11</sup> La respuesta inmunológica a las vacunas en los prematuros es similar a la obtenida en el RNT para DTPa, polio 1 y 2, neumococo y meningococo, pero inferior para hepatitis B, Hib y polio. En general la reactogenicidad de las vacunas en el RNP es baja, similar a las del RNT y la seguridad de las vacunas satisfactoria.<sup>11</sup>

La tasa de muerte súbita es de 1,37 muertes por cada 1000 PT frente a las 0,69 muertes por cada 1000 RNT. También los episodios amenazantes para la vida son más comunes entre los niños prematuros (8-10%) que entre los RNT ( $\leq 1\%$ ).<sup>12</sup>

El equipo de Pediatría de los centros de Atención Primaria (CAP) tiene un papel fundamental en el seguimiento del prematuro de 34-36 semanas. En general la primera visita a los centros de AP tras el nacimiento se debe realizar en un plazo no superior a las 48-72 horas tras el alta hospitalaria, aquí con mayor fundamento por ser niños de riesgo.<sup>4,13,14</sup>

El seguimiento y atención de estos niños no difiere del realizado en el niño RNT, no obstante resaltar varios aspectos:



- Los profesionales de los equipos de Pediatría de AP deben conocer la problemática de estos niños y estar alerta en su seguimiento, para detectar precozmente problemas de salud y derivación si fuera necesario.<sup>14</sup> Este seguimiento específico se realizará hasta los 2 años de edad corregida y hasta los 6 años de edad cronológica, como recoge el Programa de Seguimiento del prematuro de 34 a 36 SEG<sup>15-18</sup> (Tabla 1).
- El programa de seguimiento de los PT en los CAP tiene como finalidad el apoyo a los padres, y a la familia, asegurando que conocen la vulnerabilidad de estos niños. Asimismo se les debe transmitir unos hábitos y unas actitudes de salud positivas para el cuidado y crianza de estos pequeños.
- El equipo de Pediatría de los CAP sirve como enlace, ofreciendo una atención ordenada y coherente, entre el seguimiento del prematuro en Neonatología, otros es-

pecialistas (Neuropediatría, Rehabilitación, Psiquiatría Infantil, Psicología, Fisioterapia, Logopedia), y servicios sociales, escuelas, etc.<sup>15</sup>.

- Se recomienda que los profesionales implicados en el seguimiento del niño PT tengan acceso a una historia clínica electrónica común, para lo que disponemos de la plataforma web Proyecto Acuna. Mientras esto no sea posible, sería recomendable que en todas las consultas a las que deba asistir el paciente se redactara un pequeño informe de las visitas realizadas, especificando la valoración clínica y las recomendaciones derivadas de la situación del niño<sup>4,18</sup>

Seamos pues conscientes de que la población de prematuros tardíos está en mayor riesgo de secuelas que en los niños nacidos a término. Nuestro objetivo final debe ser el poder realizar diagnósticos e intervenciones precoces, principalmente a nivel del neurodesarrollo, que incidirán en una mejor evolución a largo plazo de la población de PT.

**TABLA 1A . CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO**

**1. Desde el alta hasta los 24 meses de edad corregida.**

	1ª visita tras alta	2 m EC	4m EC	6 m EC	12 m EC	15 m EC	24 m EC
Revisión de informe e identificación de factores de riesgo.	+						
Crecimiento/alimentación.	+ Control cada 3-7 d hasta ganancia ponderal >25 g/d. Si no conseguida intervenir	+	+	+	+	+	+
Valoración con Denver o Haizea-Llevant	+	+	+	+	+	+	
ASQ3							+
Factores de riesgo para la crianza y vinculación.	+	+	+	+	+	+	+
Controles AP establecidos dentro del Programa de Salud de la Infancia	+	+	+	+	+	+	+
Vacunación (Según calendario vigente y edad cronológica. Recordar antigripal)							



TABLA 1B. Desde los 2 años a los 14 años.

	3-4 años	5-6 años	9 años	11-12 años	14 años
Crecimiento	+	+	+	+	+
Valoración ASQ3	+	+			
Controles AP establecidos dentro del Programa de Salud de la Infancia	+	+	+	+	+
Vacunación (Según calendario vigente y edad cronológica. Recordar antigripal)		+			+

#### Bibliografía:

- Johnson S, Evans TA, Draper ES, Field DV, Manktelow BN, Marlow N, *et al.* Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: a population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100:F301-8.
- Rose R, Engle W. Optimizing care and outcomes for late preterm neonates. *Curr Treat Options Ped.* 2017;3:32-43.
- Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr.* 2013;162:S90-100.
- Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjeruff KH. Reduced breastfeeding rates in firstborn late preterm and early term infants. *Breastfeed Med.* 2016;11(3):119-25.
- Dotinga BM, Eshuis MS, Bocca-Tjeertes IF, Kerstjens JM, Van Braeckel K NJA, Reijneveld SA, *et al.* Longitudinal growth and neuropsychological functioning at age 7 in moderate and late preterms. *Pediatrics.* 2016;138(4).
- Consortium on Safe Labor, Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, Gregory K, Haberman S, Hoffman M, *et al.* Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA.* 2010;304(4):419-25.
- Goyal N, Fiks A, Lorch S. Association of late preterm birth with asthma in young children: practice based study. *Pediatrics.* 2011;128:e830-8.
- Gázquez Serrano IM, Arroyos Plana A, Díaz Morales O, Herráiz Perea C, Holgueras Bragado A. Antenatal corticosteroid therapy and late preterm infant morbidity and mortality. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(6):374-82.
- Vrijlandt EJ, Kerstjens JM, Duiverman EJ, Bos AF, Reijneveld SA. Moderately preterm children have more respiratory problems during their first five years of life than children born full term. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187:1234-40.
- Helfrich A, Nylund C, Eberly W, Eide M, Stagliano D, Walter R. Healthy late-preterm infants born 33-36+6 weeks GA have higher risk for respiratory syncytial virus hospitalization. *Early Hum Dev.* 2015;91:541-6.



11. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Vacunación de niños prematuros. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [en línea] [actualizado en diciembre de 2015, consultado el 21/07/2017]. Disponible: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-10>.
12. Bigger HR, Silvestri JM, Shott S, Weese-Mayer DE. Influence of increased survival in very low birth weight, low birth weight, and normal birth weight infants on the incidence of sudden infant death syndrome in the United States: 1985-1991. *J Pediatr*. 1998;133:73-8.
13. Van Baar AL, Vermaas J, Knots E, de Kleine MJ, Soons P. Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics*. 2009; 124(1):251-7.
14. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE, *et al*. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2009;13:1-146, iii-iv.
15. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz Rosello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD002771.
16. Griffin IJ, Cooke RJ. Nutrition of preterm infants after hospital discharge. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;45(3):S195-203.
17. Griffin IJ. Postdischarge nutrition for high risk neonates. *Clin Perinatol*. 2002;29:327-44.
18. Young L, Embleton ND, McCormick FM, McGuire W. Multinutrient fortification of human breast milk for preterm infants following hospital discharge. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD004866.



# Desarrollo neurológico del prematuro tardío.

Xavier Demestre Guasch.

Pediatra-Neonatólogo. Consultor Senior. Servicio de Pediatría-Neonatología.  
SCIAS. Hospital de Barcelona.

Con la progresión de los cuidados intensivos neonatales a partir de la década de 1970, iniciados con la aplicación del CPAP, la atención fue dirigiéndose al reto de conseguir la supervivencia en recién nacidos cada vez más pequeños, y se han conseguido resultados sorprendentes en edades gestacionales muy cortas. Y poco a poco, aquellos que fueron los primeros en sobrevivir fueron los que ahora se denominan prematuros tardíos, aquellos con edad gestacional entre las 34 y 36 semanas, mal llamados anteriormente “casi a término”, olvidados por la creencia que no presentarían problemas ni a corto ni a largo plazo llegando incluso a banalizar la finalización de la gestación por causas poco claras o sin base de evidencia. Y nada menos cierto. Además del incremento de la morbilidad neonatal comparados con los nacidos a término, el neurodesarrollo de los prematuros tardíos puede mostrar importantes déficits que alcancen hasta la edad adulta.<sup>1-5</sup>

En el desarrollo neurológico del prematuro tardío (PT) influyen diversos factores que, en ocasiones, pueden incluso asociarse. La genética, así como la epigenética (fenómenos ambientales, tóxicos o nutricionales maternos, nutrigenoma) afectan al feto *in útero*. Por otro lado, la causa de la prematuridad o la prematuridad en si misma asociada a la inmadurez que la caracteriza y que está directamente relacionada con la edad gestacional, el crecimiento intrauterino restringido, la vía de parto, la morbilidad neonatal, son factores que se han asociado a déficits en el neurodesarrollo, así como en edades posteriores, la edad materna, el nivel de formación de la madre y la ausencia de lactancia materna.<sup>2,4</sup>

Es evidente que nacer antes de término comporta unos riesgos al considerar que la maduración del SNC deberá realizarse fuera del útero materno, lo

que condicionará su desarrollo. El cerebro del PT es 20-30% más pequeño que el del RN a término y con menor mielinización, como puede verse en las imágenes de RM craneal al llegar a la edad de término. También se aprecian amplias alteraciones microestructurales en la sustancia blanca.<sup>6,7</sup> Todo ello hace pensar en que estas alteraciones podrían afectar al neurodesarrollo a largo plazo, así como a las capacidades de aprendizaje.

En 2009, Petrini y cols.<sup>8</sup> pusieron de manifiesto que la incidencia de parálisis cerebral y déficits en el desarrollo neurológico eran superiores en el PT comparada con los nacidos a término. Después, han sido numerosas las publicaciones que atribuyen a esta población un riesgo mayor de alteraciones en el neurodesarrollo. La morbilidad asociada a la prematuridad tardía puede persistir en la infancia y la edad adulta. Aunque su incidencia es relativamente baja, es superior a la que manifiestan los nacidos a término y afecta a una población muy numerosa, superior en números absolutos a la de los prematuros extremos. La tasa de parálisis cerebral (PC) en PT en Noruega y EEUU hace que el número absoluto de niños con PC sea similar a la de los prematuros extremos.<sup>4,9</sup>

Se ha descrito una hiperconectividad anormal en el área prefrontal y en el córtex de la parte anterior del cíngulo, característica de niños con autismo y con trastornos obsesivo-compulsivos, en PT a la edad de 10 años.<sup>10</sup> El riesgo de autismo a los 2 años en los PT es del 2,4% vs al 0,5% en los a término.<sup>11</sup>

A los 2 años, los PT experimentan mayor incidencia de alteraciones cognitivas que los nacidos a término (6,6% vs 2,4%) y en el neurodesarrollo (7,3% vs 2,5% respectivamente).<sup>12</sup> Y la incidencia de retraso



en el neurodesarrollo, trastornos cognitivos y parálisis cerebral a los 5 años está inversamente relacionada con la edad gestacional.<sup>8,13</sup>

Se ha evaluado bajo rendimiento escolar en niños y adultos que fueron PT, precisando programas de apoyo, con una incidencia inversa a la edad gestacional: de 35% en los nacidos a las 34 semanas a 11-12% en los nacidos a las 39-41 semanas.<sup>14</sup>

Se atribuye un mayor riesgo de déficits en el desarrollo a aquellos PT con morbilidad neonatal asociada, especialmente patología respiratoria e hipoglucemia.<sup>15-16</sup> Así mismo, se ha mostrado significativa la asociación entre la ausencia de lactancia materna<sup>17</sup> y el nacimiento por cesárea electiva<sup>18</sup> con repercusión negativa sobre la evolución en el neurodesarrollo. La educación materna inferior a escuela superior, el sexo masculino, las anomalías congénitas y la edad materna superior a los 40 años son factores de riesgo asociados a la necesidad de una intervención precoz.<sup>4</sup>

Sin embargo, en PT considerados sanos, dados de alta a los 3 días o menos de edad, comparados con nacidos a término, también se observa un mayor riesgo de tener problemas en el neurodesarrollo, necesidad de inclusión en programas de intervención precoz y problemas de escolarización. Este estudio sugiere que las características fetales (sexo, genética), los acontecimientos *in utero* y las causas de la prematuridad tienen un significativo impacto sobre la evolución a largo plazo, distinto del que pueda ejercer la morbilidad postnatal.<sup>19,20</sup>

Estudios a muy largo plazo, en la séptima década de vida, destacan el menor nivel de vida y de formación de los adultos exPT, evidenciado por el mayor número de trabajadores manuales, de fracasos escolares, menores niveles neurocognitivos, menores ingresos y menor morbilidad comparados con los nacidos a término.<sup>14</sup>

La prematuridad tardía tiene impacto también sobre la conducta, problemas psiquiátricos y desarrollo emocional. Son más frecuentes (3-4 veces más) los problemas de ansiedad y psiquiátricos, esquizofrenia y trastornos psicológicos que entre los naci-

dos a término, así como un significativo aumento de riesgo de exclusión social a los 25-29 años, incluyendo menor nivel de formación, de empleo y mayor dependencia de vivir con los padres.<sup>20,21</sup>

De todo ello se deduce la importancia de considerar a la población de PT como de riesgo de alteraciones en el neurodesarrollo. La gran mayoría de ellos serán controlados por los pediatras de atención primaria o médicos de familia, y sin protocolos específicos que detallen los criterios de riesgo de esta población. La identificación precoz de los trastornos del desarrollo es imprescindible para salvaguardar el bienestar de los niños y sus familias, y es función y responsabilidad del pediatra.<sup>22</sup> El gran número de PT hace necesaria la utilización de herramientas de cribado que ayuden al diagnóstico precoz de riesgo de déficit en su desarrollo. Sin ellas, tan solo con el criterio clínico, pueden pasar desapercibidos hasta un 40% de los niños que se beneficiarían de un programa de atención temprana.<sup>23,24</sup> Entre el 2002 y 2009 los pediatras que las usaron sistemáticamente pasaron del 13% al 40%.<sup>25</sup> La herramienta de cribado más usada en todo el mundo, incluida en el protocolo de seguimiento del PT de la SENEo, SEN34-36/ACUNA, es el cuestionario ASQ-3<sup>26</sup> en versión española, a responder por los padres, de fácil comprensión y que les ocupa un tiempo máximo de 15 minutos. Se evalúan 5 dominios: comunicación, motor grueso, motor fino, resolución de problemas y socio-individual. Facilita la integración de la familia en el seguimiento y vigilancia del desarrollo de su hijo. Actualmente, en el proyecto SEN34-36/ACUNA constan 486 PT evaluados a los 2 años con este cuestionario, detectándose 74 de ellos (15%) con valores de riesgo de déficit en su desarrollo, 37 (50%) en el dominio de la comunicación. Ello conlleva su derivación a centros de diagnóstico y/o tratamiento.

Considerando los 420.290 nacidos vivos en España en 2015, con una tasa de prematuridad del 7% (29.420 prematuros), de los cuales el 70% serán PT (20.590), y que de ellos un 3,8% (722 anuales) a los 2 años son potencialmente de riesgo en su desarrollo neurológico y 4,6% (947) con riesgo de alteraciones en el área de comunicación), podemos deducir la importancia del seguimiento y detección precoz del riesgo de déficits en el neurodesarrollo para evitar,



en lo posible, su repercusión en la infancia y en la vida adulta.

Es el pediatra de atención primaria quien tiene uno de los papeles protagonistas en el seguimiento del prematuro tardío. Por ello la concienciación en la necesidad de mantener una atención especial en el prematuro tardío es fundamental para facilitar la posible intervención precoz en los problemas del neurodesarrollo que puedan aparecer en su evolución.

#### Bibliografía:

1. García-Reymundo M, Demestre X, Calvo MJ, Ginovart G, Jimenez A, Hurtado JA. Prematuro tardío en España: experiencia del Grupo SEN34-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.05.006>
2. Raju TNK. The "Late Preterm" birth-ten years later. *Pediatrics* 2017, e201163331.
3. Demestre Guasch X, Raspall Torrent F, Martínez-Nadal S, Vila Cerén C, Elizari Saco MJ, Sala Castellví P. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. *An Pediatr (Barc)*.2009;71:291-8.
4. Rose R, Engle WA. Optimizing care outcomes for late preterm neonates, *Curr Treat Options Peds* 2017, <http://dx.doi.org/10.1007/s40746-017-0074-z>
5. Demestre X, Schonhaut L, Morillas J, Martínez-Nadal S, Vila C, Raspall F, Sala P. Development deficit risk in the late premature newborn: evaluation at 48 months using the Ages and Stages Auestionnaires. *An Pediatr (Barc)* 2016;84:39-45.
6. Walsh JM, Doyle LW, Anderson PJ, Lee KJ, Cheong JLY. Moderate and late preterm birth: Effect on brain size and maturation at term-equivalent age. *Radiology* 2014;273(1):232-40.
7. Kelly CE, Cheong JLY, Fam LG, et al. Moderate and late preterm infants exhibit wide-spread brain white matter microstructure alterations at term-equivalent age relative to term-born controls. *Brain Imaging Behav*. 2016;10(1):41-9.
8. Petrini JR, Dias T, McCormick, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological and development for late preterm infants. *J Pediatr* 2009;154:169-76.
9. Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med*. 2008;359:262-73.
10. Degnan AJ, Visnowsky JL, Choi S, et al. Altered structural and functional connectivity in late preterm preadolescent: an anatomic seed-based study of resting state networks related to the posteromedial and lateral parietal cortex. *PLoS One*. 2015;10(6):3130686.
11. Guy A, Seaton SE, Boyle EM, et al. Infants born late/moderately preterm are at increased risk for positive autism screen at 2 years of age. *J Pediatrics* 2015;166:269-75.
12. Johnson S, Evans TA, Draper ES, et al. Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: a population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015;100:F301-8.
13. Hirvonen M, Ojala R, Korhonen P, et al. Cerebral palsy among children born moderately and late preterm. *Pediatrics* 2014;134(6):e1584-93.
14. Heinonen K, Eriksson JG, Lahti J, et al. Late preterm birth and neurocognitive performance in late adulthood: a birth cohort study. *Pediatrics* 2015;135(4):e818-25.
15. Wachtel E., Zaccario M, Mally P. Impact of respiratory morbidities on neurodevelopmental outcome of late preterm infants. *Am J Perinatol* 2015;32:1164-8.
16. Kerstjens JM, Bocca-Tjeertes IF, de Win-



ter AF, Reijneveld SA, Bos AF. Neonatal morbidities and developmental delay in moderately preterm-born children. *Pediatrics* 2012;130:e265-72.

17. Cleminson JS, Zalewski SP, Embleton ND. Nutrition in preterm infant: what's new? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2016;19:220-5.

18. Moya-Pérez A, Luczynski P, Renes IB, Wang S, Borre Y, Ryan CA, Knol J, Stanton C, Dinan TG, Cryan JF. Intervention strategies for caesarean section-induced alterations in the microbiota-gut-brain-axis. *Nutr Rev* 2017;75:225-40.

19. Morse SB, Zheng H, Tang Y, Roth J. Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics* 2009;123:e62-e69.

20. Rogers CE, Lenze SN, Luby JL. Late preterm birth, maternal depression, and risk of preschool psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):309-18.

21. Lindstrom K, Lindbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics* 2007;120:70-7.

22. Duby JC, Lipkin PH, Macias MM, Wegner LM, et al. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118:405-20

23. Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*. 2007;120(2):381-389.

24. Marks KP, La Rosa AC. Understanding developmental-behavioral screening measures. *Pediatrics in Review* 2012;33:448-58.

25. Radecki L, Sand-Loud N, O'Connor KG,

Sharp S, Olson LM: Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002-2009. *Pediatrics* 2011; 128 (1): 14-9

26. Squires J, Bricker D. *Ages and Stages Questionnaires in Spanish: A parent completed child-monitoring system*. 3rd ed, Paul Brookes Publishing Company, Baltimore, 2009.



# Estabilización y traslado del niño crítico en atención primaria.

M<sup>a</sup> Sol López Soria, Gracia M<sup>a</sup> Saucedo Cerdera.  
Enfermeras pediátricas. Hospital de Coria.

## Evaluación rápida ABCDE y algoritmo de tratamiento.

### ¿RESPONDE?

SI

NO

A -Evaluar la vía aérea

¿Está segura y permeable?

¿Está de riesgo?

¿Está obstruido?

**Estabilizar/Abrir la vía aérea.**

**Vía aérea abierta.**

B -Evaluar la respiración.

¿RESPIRACIONES?

Frecuencia respiratoria

NO

Trabajo respiratoria

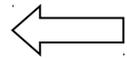
Volumen corriente

Oxigenación

**Oxigenar/Ventilación asistida.**

**Ventilación.**

Si




C -Evaluar circulación

¿SIGNOS DE VIDA? ¿PULSO?

Frecuencia cardíaca

NO

Presión arterial

Pulso

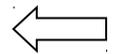
Perfusión periférica

Precarga.

**Acceso vascular/Líquidos/Fármacos vasoactivos.**

**Compresiones torácicas.**

Si



D -Evaluar el estado mental.

AVPN.

E -Exposición-Regla AMPLIA.



RECONOCIMIENTO DEL NIÑO CRITICAMENTE ENFERMO

**Objetivos**

- Aprender a reconocer e identificar el estado de gravedad de un niño enfermo
- Priorizar el tto del niño críticamente enfermo, basándose en la regla ABCD

**Evaluación rápida ABCD**

**Signos de alerta**

<p><b><u>Función respiratoria</u></b></p> <p><b><u>A . Abrir la vía aérea</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Esta la vía aérea <b>SEGURA Y PERMEABLE?</b></li> <li>● ¿Está <b>DE RIESGO?</b></li> <li>● ¿Esta <b>OBSTRUIDA?</b></li> </ul> <p><b><u>B Evaluación de la respiración</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>FR</b></li> <li>● <b>TRABAJO RESPIRATORIO</b> Aleteo nasal Retracciones esternales, intercostales Utilización de la musculatura accesoria Movimiento paradójico del tórax</li> <li>● <b>VOLUMEN CORRIENTE</b>  Expansión del tórax Sonidos respiratorios Sonidos adicionales (estridor, sibilancias, quejido)</li> <li>● <b>OXIGENACION</b> Cianosis o palidez Saturación de oxígeno SpO2</li> </ul> <p><b><u>Función circulatoria</u></b></p> <p><b><u>C Evaluación de la circulación</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>FC</b></li> <li>● <b>TA</b></li> <li>● <b>Volumen del pulso: pulsos centrales / periféricos</b></li> <li>● <b>Presente/Ausente. Amplitud</b></li> <li>● <b>Perfusión periférica</b> Tiempo de relleno capilar Temperatura cutánea(gradiente térmico: línea de separación frío-caliente) Coloración cutáneo moteado</li> <li>● <b>Precarga</b> Volumen de las venas yugulares Borde hepático Crepitantes pulmonares</li> <li>● <b>Perfusión renal : diuresis</b></li> </ul> <p><b><u>D Disfunción neurológica</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>AVPN</b></li> <li>● <b>Reconocimiento de los familiares</b></li> <li>● <b>Interacción con el entorno</b></li> <li>● <b>Tono</b></li> <li>● <b>Tamaño pupilar</b></li> </ul> <p><b><u>E Exposición-Entorno</u></b></p> <p><b>AMPLIA</b> Exploración completa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Taquipnea extrema, bradipnea, apnea, respiración en boqueadas</b></li> <li>● <b>Disminución del esfuerzo respiratorio</b></li> <li>● <b>Fatiga</b></li>   <li>● <b>Ausencia de ruidos respiratorios</b></li> <li>● <b>Quejidos</b></li>   <li>● <b>Cianosis aunque reciba oxígeno</b></li>   <li>● <b>Taquicardia extrema, bradicardia</b></li> <li>● <b>Hipotensión</b></li>   <li>● <b>Sudoración</b></li>   <li>● <b>Disminución del nivel de conciencia</b></li> <li>● <b>Hipotonía</b></li> <li>● <b>Una pupila anisocórica y arreactiva - disfunción cerebral muy grave</b></li> </ul>
---	--



# Aspectos médico legales en pediatría.

**Mariano Casado Blanco.**

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Legal y Forense. Médico Forense, Jefe de Servicio de Laboratorio Forense. Instituto de Medicina Legal de Badajoz. Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina UEX (Badajoz).

## Introducción:

Agradezco enormemente a los organizadores del 15º Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura el invitarme a poder compartir con todos los asistentes una serie de cuestiones de tipo práctico, que tantas dudas y conflictos generan en el día a día de la actividad asistencial.

Y lo agradezco doblemente, por una parte por invitarme a participar de una forma personal, pero quizás lo más importante de esta invitación sea el que el colectivo de pediatras de Atención Primaria consideren que los temas legales son de interés para su desarrollo profesional y su actividad cotidiana.

Y esto sobre todo teniendo en cuenta que en la participación del pediatra ante cualquier caso que se le plantee, siempre ha de hacer una triple valoración:

- Valoración clínica, con aplicación de sus conocimientos científicos y aplicación de los medios que tenga a sus disposición.

- Valoración ética y deontológica, aplicando reglas de comportamiento que tengan por objetivo el cumplimiento, que como médico tiene, de beneficiar al paciente.

- Valoración médico-legal, la cual resulta importantísima y no porque la ponga en tercer lugar es porque tenga menor importancia y trascendencia.

Si piensan un poco en lo que indico, estarán conmigo en que es cierto lo que les expongo, recapaciten en el último caso y a buen seguro se les han planteado dudas o preguntas acerca de si lo que han hecho estaba bien o quizás se podrían haber hecho otras cosas distintas o similares, pero al final han tenido que tomar decisiones, que en definitiva es el papel del pediatra: "tomar decisiones".

Y para tomar estas decisiones, estas deben estar basadas en el conocimiento de las tres valoraciones anteriormente indicadas.

## Objetivos:

En esta ocasión y tratando de que la Ponencia sea lo más beneficiosa y productiva para los asistentes, se me han formulado una serie de cuestiones, muy prácticas acerca de casos que se presentan con cierta frecuencia en la consulta de un Pediatra de Atención Primaria.

Por ello y aunque la exposición teórica tenga que ser extensa -para poder estar fundamentada- espero que esto sirva para aclarar las cuestiones planteadas y de paso abrir a la opción de plantear nuevas cuestiones prácticas.

1ª.- Cuestión Práctica:

## Confidencialidad e intimidad de las historias clínicas en relación con las nuevas tecnologías.

Cuando se hace referencia al derecho a la intimidad, hay que tener muy presente que este derecho es tratado o considerado como un derecho de primera generación, lo que en términos legales implica o significa que están instaurados para reconocer y garantizar al individuo una zona de seguridad y protección en la que nadie puede hacer intromisiones. Por tanto el derecho a la intimidad está íntimamente relacionado y es una evidente manifestación de la libertad de la persona y de su dignidad y así quedó recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que reconoce el derecho a la intimidad en su art. 12: "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su



*reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”.*

Por su parte, el Consejo de Europa el Convenio Europeo de Derechos Humanos (1950), en su art. 8.1 y 8.2 en referencia al “Derecho al respeto a la vida privada y familiar” indica: *“Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia”* y *“No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.*

Lo anterior implica, en palabras del Tribunal Constitucional que se garantice a la persona del poder de control sobre sus datos personales, sobre su uso y destino, con el propósito de impedir su tráfico ilícito y lesivo para la dignidad y derecho del afectado. Así, el derecho a la intimidad permite excluir ciertos datos de una persona del conocimiento ajeno, por esta razón, el derecho a la protección de datos garantiza a los individuos un poder de disposición sobre estos datos. Esta garantía impone a los poderes públicos la prohibición de que se conviertan en fuentes de información sin las debidas garantías y también el deber de prevenir los riesgos que puedan derivarse del acceso o divulgación indebidos de dicha información.

En España antes de la Constitución del año 1978 no se reconocía un derecho general a la intimidad, únicamente aparecían manifestaciones específicas del mismo. En el art. 18. 1 de la CE se establece que: *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”* no tiene precedentes en nuestro constitucionalismo histórico en el que únicamente hay referencias a la inviolabilidad del domicilio y de la correspondencia. Así en las constituciones anteriores a la de 1978 no se reconocía un derecho general a la intimidad, sino sólo manifestaciones específicas del mismo.

Todo lo anterior está muy bien y es muy correcto, pero los derechos fundamentales no valen sino

lo que valen sus garantías, en expresión del jurista Herbert Lionel Adolphus Hart.

Así tanto nuestra Constitución como la propia Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar recogen la protección del derecho a la intimidad respecto de intromisiones ilegítimas de terceros.

Hecha esta introducción la cuestión a resolver es la que hace mención al acceso a los datos de la historia clínica, no de los pacientes pediátricos, sino la historia de sus padres o familiares con el objetivo de poder determinar o conocer algunos antecedentes que por diversas razones precisamos saber.

Aquí habría que plantearse algo diferente y aunque es incuestionable que existe un derecho a la intimidad, señalado en las normativas referidas anteriormente y respetado en la práctica clínica diaria en términos generales. Pero nos podemos plantear si ¿existe, también, un derecho a la confidencialidad? Intimidad, privacidad y confidencialidad son conceptos fronterizos, muy próximos pero perfectamente diferenciables. En realidad, a veces, más fáciles de enunciar que de definir.

Cuando se hace referencia a la historia clínica, se confunde, a veces, las violaciones a la intimidad con los accesos indebidos a la confidencialidad, siendo, sin embargo, claramente diferentes: si alguien accede, fuera de las condiciones de autorización, a un archivo sanitario está cometiendo una violación de la intimidad (respecto del titular de la información) y el centro sanitario en donde reside el archivo incurre en un quebrantamiento del deber de confidencialidad por custodia deficiente.

A éste respecto hay que recordar que los datos de salud y la historia clínica son elementos necesarios que permiten garantizar la asistencia médico-sanitaria de las personas, y, por tanto, tienen una enorme importancia.

Los datos ahí recogidos y su correcta conservación son en definitiva elementos necesarios para poder hacer o llevar un seguimiento del estado de salud de las personas. La eliminación o desaparición de datos



de la historia clínica puede conllevar a causar una grave afectación incluso de la vida de las personas. Desde hace ya algunos años la implantación e instalación de las tecnologías de la información y la comunicación han resultado ser un instrumento muy efectivo para la actividad médico-sanitaria que se ve reflejada en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes.

Estos sistemas permiten, por una parte, poner a disposición de cada ciudadano sus datos sanitarios, y por otra poner a disposición de los profesionales sanitarios, con distintos niveles de acceso, información sanitaria sobre sus pacientes, contribuyendo a facilitar una atención sanitaria de mayor calidad.

Ahora bien no todo son ni pueden ser ventajas, pues en ocasiones la intimidad y la confidencialidad de la información clínica de los pacientes puede estar en peligro si no se adecúan correctamente las nuevas y necesarias tecnologías, dada la forma en que se está produciendo el tratamiento de los datos de los distintos archivos e historiales médicos, ya sean manuales o informatizados, en los centros sanitarios.

En España, el Tribunal Constitucional defiende la llamada “*libertad informática*” como el derecho a controlar el uso de los datos personales insertos en un programa informático y comprende, entre otros aspectos, la oposición del ciudadano a que determinados datos personales sean utilizados para fines distintos de aquel legítimo que justificó su obtención. Por tanto, cuando un paciente confía una serie de datos a su médico para que le prevenga o le cure una enfermedad no significa que estos datos puedan ser utilizados por cualquier otra persona o para otro fin distinto del tratamiento y prevención.

Con todo ello se puede afirmar, en líneas generales, que quienes ejercen su actividad en el medio asistencial están autorizados para acceder a las historias clínicas. Pero aunque esto es así, nos podemos plantear si: ¿cualquier profesional, a cualquier historia y con cualquier finalidad?

Ahora bien, como todo tiene sus límites, el hecho de desempeñar una profesión sanitaria, y la Medicina es una de ellas, en un centro sanitario, no concede

a dicho profesional la facultad de acceder a cualquier historia, sino solamente a aquellas que se encuentren vinculadas al profesional por tratarse de pacientes a los que presta asistencia. Otra cuestión muy diferente es si el acceso está orientado a examinar datos, modificarlos, cancelarlos o realizar alguna otra operación sobre ellos. El principio citado alcanza su concreción en el artículo 27.3 del Código de Deontología Médica de 2011.

El entendimiento por los profesionales de su posibilidad de acceso a las historias clínicas no coincide siempre, sin embargo, con sus posibilidades legales, como se expondrá más adelante. Se confunde la posibilidad real de acceder con el respaldo legal (o al menos la inexistencia de impedimento) a dicho acceso. Esa percepción está muy enraizada por el anterior uso de la historia en formato no informatizado, a disposición de los profesionales sanitarios mediante el acceso físico a la misma en un archivo y sin rastro posterior, normalmente, del citado acceso. La situación es, actualmente, bien distinta bajo las condiciones actuales de trazabilidad, huella electrónica y otros controles a los que están sometidos quienes acceden a la documentación clínica. El Código Penal, en el artículo 197, tipifica varias conductas punibles bajo la rúbrica de ‘*Delito de descubrimiento y revelación de secretos*’. Es muy fácil incurrir en una de ellas, por los profesionales sanitarios en el ejercicio de su trabajo y las consecuencias jurídicas son muy graves por el mero acceso, sin estar autorizado, a datos de carácter personal registrados en la historia clínica. La historia clínica, en efecto, contiene legalmente (artículo 15 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) datos personales y de salud, que están legalmente calificados por la Ley 15/1999, de Protección de Datos con la etiqueta de “datos especialmente protegidos”. Si tenemos presente que la normativa sobre la historia clínica describe concebido como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente y partiendo de esta consideración, y únicamente con esta finalidad, la de “*asistir al paciente*”, se permite a los profesionales sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente, el acceso a su historial médico. Más allá de este supuesto, es decir, si no existe un motivo asistencial que lo justifique, los profesiona-



les sanitarios, sean los que sea, no deben ni pueden acceder a las historias clínicas.

En definitiva un médico que mediante su propia clave de acceso a la base de historias clínicas acceda de forma indebida a los datos clínicos contenidos en las mismas de cualquier usuario, incurre en el delito de descubrimiento de secretos, ya que ha violado la intimidad de la persona. Y cuando se hace referencia al término de “violar”, es contravenir el principio de vinculación que no sólo supone sólo una infracción deontológica, sino eventualmente también de naturaleza penal.

2ª.- Cuestión Práctica:

**Utilización de la historia clínica de un paciente pediátrico, cuyos padres están separados o divorciados.**

En numerosas ocasiones el pediatra encuentra problemática cuando atiende a pacientes cuyos padres están separados. Uno de los progenitores lleva a su hijo a la clínica para realizar algún tratamiento y, días después, aparece una carta o incluso presencialmente el otro progenitor indica y nos solicita que se termine con el tratamiento o incluso solicita informes o facturas en el caso de una asistencia privada.

En estos casos lo más oportuno es aclarar la situación desde el primer momento. Si el menor acude a la consulta con uno solo de los padres, es conveniente, durante la realización de la historia clínica, preguntar abiertamente al progenitor si está separado y, en ese caso, quién tiene la patria potestad y la custodia. Lo fundamental es la custodia, que se justifica gracias a un documento del juzgado que deberá aportar.

En la legislación española se regula el ejercicio de la Patria Potestad en el artículo 156 del Código Civil, en el que se indica que ésta se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrán acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si

fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre (o si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuir la total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones).

En los casos de padres separados o divorciados con la patria potestad compartida, el ejercicio de la misma también es conjunto y, por tanto, ambos tienen derecho a tomar decisiones en todos los aspectos importantes de la vida de los hijos menores (salvo en aquellos casos en que en Sentencia judicial se haya otorgado la capacidad de decidir en un supuesto concreto a uno sólo de los progenitores). Lo habitual, no obstante, es el ejercicio conjunto, por lo que habrá que tener especial cautela ya que no puede presumirse sin más que un progenitor que toma una decisión importante sobre sus hijos menores está obrando con el consentimiento del otro.

Existe jurisprudencia respecto a que, en temas ordinarios, la patria potestad la ejercerá el progenitor con el que convivan los menores (ej., llevar a un niño al pediatra por tener un catarro o cualquier otra enfermedad banal), también en casos de urgente necesidad, pero en casos no ordinarios, como por ejemplo, llevar al hijo a un profesional de la psicología para una evaluación o tratamiento (más aún si se va a realizar un informe pericial que puede surtir efectos en temas importantes que afectan a la relación de los hijos con ambos progenitores), se precisaría el acuerdo de ambos.

Por otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula quien deberá otorgar el consentimiento informado para las intervenciones en el ámbito de la salud con menores sin pleno derecho a consentir por sí mismos. Es lo que se denomina “*consentimiento por representación*” y viene recogido en el artículo 9.3 de la citada Ley. Se indica que: “*el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o*



con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente". Consecuentemente, de acuerdo con esta Ley, el consentimiento deberá otorgarlo "el representante legal", que sería, según el citado artículo 156 del Código Civil, los titulares de la patria potestad.

3ª Cuestión Práctica:

**"En una situación en la que se comparte información de un paciente con otro profesional (psicólogo, profesor,...), ¿ debe obtenerse un consentimiento informado?, ¿en qué términos?, ¿debe hacerse por escrito?"**

Básicamente esta cuestión hace referencia directa al tema del Secreto profesional *Compartido*, pero antes parece oportuno el que recordemos que la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), que en su artículo cuarto regula el derecho a la información sanitaria, concretando el motivo por el que hay que proporcionar información, cantidad, forma, destinatario, excepciones, etc.

Nos referimos al intercambio de información en los tiempos adecuados para que los integrantes de los diferentes proveedores de salud, tanto públicos como privados, puedan tomar las decisiones que impacten directamente en el paciente. Asimismo, nos referimos a los medios electrónicos utilizados para facilitarlos. La comunicación debe poner en valor el papel de cada uno de los profesionales, y debe caracterizarse por su reciprocidad, respeto y relevancia.

Existen muchos sectores sanitarios donde la cooperación entre profesionales sanitarios es necesaria para conseguir los resultados esperados. Es una realidad que los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos y demás miembros del equipo de salud) deben trabajar en colaboración para integrar y trasladar el conocimiento científico disponible.

Una tendencia que hace necesario que los profesionales sanitarios que intervienen en su atención co-

laboren para optimizar los resultados del tratamiento farmacológico y conseguir así mejores resultados en salud. Un cambio de paradigma socio-sanitario que hace imprescindible una atención más personalizada y una respuesta integral a los problemas de salud, mediante una colaboración que favorezca la continuidad asistencial del paciente.

El secreto profesional se configura como un derecho y deber fundamental, ya que sin la garantía de esta confidencialidad no puede haber confianza por parte del paciente para que éste preste la información necesaria al profesional que le atiende.

Los datos revelados por los pacientes en el ámbito sanitario y que configuran su historia clínica son datos de carácter personal, considerados por la Ley Orgánica de Protección de Datos como datos de especial protección, como ya hemos referido anteriormente, y por tanto, solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente.

Ya en el juramento de la Asociación Médica Mundial de 1948 se declaraba que el secreto, "es la obligación ética del médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga sobre la salud y vida del paciente".

Aunque esta reserva sobre la información conocida durante la asistencia al paciente siempre ha tenido excepciones. Así el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, subraya elementos como la seguridad, el respeto, el humanismo y el comportamiento ético y responsable del profesional, partiendo de una realidad social cambiante. En el momento actual, la progresiva complejidad de la asistencia sanitaria, con la aparición de equipos multidisciplinares numerosos, de proveedores de servicios y de compañías aseguradoras, entre otros actores sociales, hace que la complejidad de mantener la confidencialidad sea mucho mayor que en épocas pasadas.

Fundamentado en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y de documentación clínica, el secre-



to médico es de tipo relativo. Este aparece cuando del mantenimiento del secreto con carácter absoluto puede derivarse un perjuicio para los intereses sociales, y por tanto no puede prevalecer la conveniencia individual o privada.

Por lo tanto en medicina el secreto ha de ser *relativo* y entendido como la obligatoriedad de guardar el secreto por parte del médico respecto al estado de salud y confidencias del paciente, pero siempre que no se perjudique por ello a los demás o a los intereses sociales o a los intereses generales (enfermedades infecciosas, descubrimiento de delitos contra las personas...).

Una vez sentada la base de que el secreto médico es *relativo*, profundizamos un poco más y además lo consideramos como de carácter *compartido*.

El secreto médico compartido es el deber del secreto de todos los componentes del equipo asistencial que conocen los datos del paciente. El personal sanitario (médicos, enfermería, residentes, estudiantes de medicina o de enfermería en prácticas, auxiliares, etc.) que por su actividad o profesión participan en la asistencia del paciente, para realizarla adecuadamente y llegar con más garantías a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tienen que conocer la problemática del paciente y participar igualmente del secreto. Es por tanto consecuencia de la medicina moderna muy amplia y tecnificada.

4ª.- Cuestión Práctica.

**¿Problemas legales que se pueden generar si no se facilita información a los padres en caso de decisiones tomadas en relación a un menor que el pediatra considera “maduro”, pero que los padres no están de acuerdo?**

La Convención de Derechos del Niño, de Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990 y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor son los pilares que han servido para dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección.

Ya en el Código Civil se establecen límites a la representación legal ejercida por los padres, y en el

Convenio de Bioética de Oviedo<sup>5</sup> se dice: “*La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez*”.

En la Ley del Menor se afirma que “*dados los cambios sociales hay que reformar la visión de la protección a la infancia con el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos en los menores de edad y con una capacidad progresiva para ejercerlos*”.

En la Ley de Autonomía, Ley 41/2002, se hace verdadera referencia al concepto mal llamado de “*mayoría de edad sanitaria*” encaminada para la toma de decisiones en menores con unas determinadas características.

Su artículo 9 trata de los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, en su apartado 3 se indica cuándo se otorga el consentimiento por representación y en su apartado c dice: “*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en situación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*”. En esta Ley de Autonomía queda establecido que no hay ninguna restricción a la autonomía total del paciente cuando éste tenga 16 años cumplidos, siendo ésta la “*mayoría de edad sanitaria*”, aunque se recomienda que en casos graves pueda informarse a los padres.

En los conflictos de la práctica diaria el problema consiste en determinar quién y de qué forma se valora al menor para considerarlo maduro en la toma de decisiones. No se trata de elaborar forzados tests psicológicos de aplicación rápida ni de obtener instrumentos incontestables para dejar clara constancia de la “*madurez del menor*”, sino de realizar una evaluación de la madurez y de la capacidad para un proceso concreto y específico, teniendo en cuenta la



situación de riesgo vital o la relación riesgo/beneficio que aporte dicha decisión.

Este proceso debe ser un proceso continuo que oscila en el tiempo y se ve influenciado por el estado afectivo de los intervinientes. Proponemos el siguiente mecanismo de evaluación:

- a) Evaluar si comprende adecuadamente (es decir si entiende la información dada por el pediatra y la situación clínica planteada).
- b) Evaluar el motivo que fundamenta su decisión.
- c) Ponderar los riesgos y beneficios de su decisión.
- d) Valorar el hecho de que acuda solo para recibir asistencia sanitaria.

El pediatra tiene que abordar esta evaluación recordando que la madurez debe medirse por la capacidad de valorar una situación y no por los valores que maneje. El error más importante que se puede cometer consiste en decidir que quien no comparte nuestro sistema de valores es incapaz para tomar una decisión adecuada. La conducta más adecuada no es abolir esa madurez en el adolescente sino intentar potenciarla deliberando con él. Esta deliberación no es un proceso fácil, puesto que requiere escuchar sin juzgar, intentando orientar pero no imponiendo nuestro sistema de valores y siendo capaces de aceptar una decisión aunque no concuerde con la nuestra. Se podría entonces llegar a poner de manifiesto una serie de carencias en la madurez moral del profesional que dialoga con el adolescente. Sin embargo, este diálogo es la mejor aportación que podemos hacer para contribuir a su desarrollo personal.

¿Qué ocurre cuando hay discrepancia entre el pediatra y los padres? En las ocasiones en las que hay discrepancia entre el pediatra y los padres acerca del beneficio objetivo, o en casos de padres separados y con la patria potestad compartida y con distintos criterios acerca del beneficio para su hijo, y agotadas todas las vías de comunicación entre las partes, es cuando debería acudir al juez. Puesto que éste no puede determinar cuál es el beneficio

objetivo tendrá que velar, al menos, porque no haya maleficencia.

La función del Estado se centra en prevenir y vigilar que los padres no actúen en su propio beneficio o de otros miembros de la familia cuando toman determinadas decisiones que afectan a sus hijos. Es importante tener en cuenta que, si consideramos al menor "como maduro", en caso de desacuerdo entre su decisión y la paterna, prevalecerá la del menor, en tanto que se trata de circunstancias que afectan a su vida y su salud, y estos valores se consideran derecho de la personalidad.

Orientaciones prácticas

- a) Si el beneficio de la decisión es alto y la decisión del menor es de aceptación: se acepta una baja exigencia de la competencia del menor.
- b) Si el riesgo es alto y la decisión del menor es de aceptación: se acepta una alta exigencia de la competencia del menor.
- c) Si el beneficio de la decisión es alto y la decisión del menor es de rechazo: se acepta una alta exigencia de la competencia del menor.
- d) Si el riesgo es alto y la decisión del menor es de rechazo: se acepta una baja exigencia de la competencia del menor.

5ª.- Cuestión Práctica.

**Respecto a vacunación del calendario oficial, se da por entendido el consentimiento de los padres. Pero en caso de reacción vacunal grave, ¿podrían acusarnos de no informar de todos los posibles efectos secundarios? (no solemos informar a no ser que nos pregunten).**

Como bien sabemos las vacunas constituyen uno de los instrumentos más eficaces de las políticas de salud pública. Pero a la vez generan una permanente controversia relacionados con los riesgos de la vacunación y acerca de la voluntariedad u obligatoriedad de las vacunas.

Las vacunas pediátricas son muy seguras y los efectos secundarios que aparecen con alguna frecuencia



son muy leves (febrícula) y los graves son excepcionales. La relación beneficio/riesgo es sin duda alguna altamente positiva.

Las reticencias de los padres se basan entre otras razones en: Dudas sobre la necesidad y la eficacia de las vacunas, que estas o sus aditivos sean inseguros y puedan dar efectos secundarios de importancia, así como la posibilidad de no poder demostrar que la sobrecarga del sistema inmunitario pueda en un futuro afectar negativamente al niño.

Todo esto genera una discusión que tiene su proyección legal, fundamentalmente en términos de voluntariedad versus obligatoriedad, con la necesidad de proteger derechos fundamentales tales como el derecho a la salud, a la integridad física o la libertad personal.

Hay que saber que la vacunación en España es voluntaria, ya que nuestro ordenamiento jurídico no incorpora explícitamente el deber de vacunación y nadie puede, en principio, ser obligado a vacunarse. Ahora bien, hay determinadas situaciones que permiten que los poderes públicos competentes impongan la vacunación forzosa, fundamentalmente en caso de epidemias.

El modelo español difiere de otros como, por ejemplo, el de USA, donde el calendario de vacunaciones es en la práctica obligatorio, aunque se reconocen exenciones por creencias filosóficas o religiosas o contraindicación médica. La escuela actúa como mecanismo de control, pues se exige la vacunación oficial para el acceso a la escolarización.

No es momento de hacer una relación legislativa de las normas que hacen referencia a estos temas, pero si es interesante al menos conocer algo de legislación, que por otra parte es muy escasa en nuestro País.

La Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Salud Pública; parte de un principio general de voluntariedad en las actuaciones de salud pública (vacunación), así el art. 5.2 establece que: "Sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas es-

peciales en materia de salud pública". La regla general es, así pues, la voluntariedad, salvo lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, a la que nos referimos a continuación.

Por su parte la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública establece en su art. 1 que: "Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad". Por su parte, el art. 2 señala que: "Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad". Finalmente, el art. 3 dispone que "Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible".

Aunque estas normas legales están llenas de conceptos jurídicos indeterminados, podemos concluir que es legalmente posible imponer la vacunación en caso de epidemia, cuando exista un riesgo colectivo para la salud pública, desplazando en dichos supuestos el principio general de voluntariedad en la vacunación que impera en nuestro Derecho.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece en su art. 9.2 que: "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sani-



tarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas”.

El principio general de autonomía de la voluntad que establece la Ley 41/2002, cede en determinadas situaciones, donde es posible realizar intervenciones de salud sin consentimiento de los interesados; una de esas situaciones es el riesgo para la salud pública, remitiendo nuevamente el legislador la cuestión a la Ley Orgánica 3/1986 vista y con la preceptiva intervención de un juez que ejerza la función de control de este tipo de decisiones.

Así pues, a modo de conclusión, la regla general en nuestro Derecho es la no obligatoriedad de la vacunación, tanto de la vacunación sistemática, entendida como medida de salud pública para prevenir la aparición de enfermedades (meramente recomendada a través del calendario vacunal), como en los casos en los que el riesgo es exclusivamente individual, en ambas situaciones es preciso el consentimiento del interesado o de sus representantes legales.

Excepcionalmente, la Ley Orgánica 3/1986 permite plantear la vacunación con carácter obligatorio en casos de epidemias y crisis sanitarias y riesgo efectivo para la salud pública; en el resto de los casos, en los que el riesgo es exclusivamente individual, sólo sería posible obligar a la vacunación siguiendo el art. 9.2 b) Ley 41/2002 “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, sin que resulte de aplicación a estos supuestos de riesgo individual la Ley Orgánica 3/1986”.

La Ley 26/2015, de 28 de julio, relativa a la protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley Orgánica 8/2015, se consagra el principio de prevalencia del interés superior del menor a la salud.

Por tanto los pediatras tienen la obligación y la responsabilidad de recomendar la vacunación, si bien

no todas las vacunas con igual fuerza, pues no es comparable el riesgo que supone tener una enfermedad u otra ni el porcentaje de protección que confieren.

La negativa familiar a la vacunación plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de sus hijos según sus valores y creencias y el principio de justicia, al poner en riesgo la inmunidad personal y la de grupo. En España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial de vacunación. Los médicos y sobre todo pediatras deben tener un papel esencial ya que el respeto a la autonomía de los ciudadanos no exime de argumentar e intentar persuadirlos para conseguir actitudes y decisiones saludables para los niños.

Como ya se ha indicado a pesar de las enormes ventajas preventivas de la vacunación infantil, esta no es obligatoria en España y los padres pueden optar por rechazarlas o aceptar unas vacunas y rechazar otras. Por ello siempre que sea un menor para aplicar tratamientos o pruebas diagnósticas debemos tener la autorización de padres o tutores, pero en el caso de las vacunas no se precisa de un consentimiento informado por escrito, simplemente con la autorización verbal y reflejarlo en la historia clínica es suficiente, pero si debe contar con la autorización del tutor del niño.

De especial relevancia ética y legal es la información a la población, tanto por las administraciones sanitarias como por los laboratorios productores y por los profesionales sanitarios, así como considerar su repercusión social. Es necesario que el médico se interese por los valores y creencias de los padres con dudas a vacunar a sus hijos, que van desde el temor a reacciones adversas reales o imaginarias hasta credos culturales, religiosos o de otro tipo. El médico debe explicar argumentos y evidencias que contrarresten estas falsas creencias.

La responsabilidad del médico, ante el rechazo de vacunación, no debe limitarse a informar. El respeto a la autonomía del paciente no debe confundirse con la *delegación* de responsabilidades médicas, amparándose en que el pediatra ya ha informado y aho-



ra los que deciden de manera unitaria y absoluta son los padres. El pediatra debe hacer un esfuerzo para entender las motivaciones de los padres, sus preferencias y sus valores, sobre todo al considerar que está en juego la salud de sus hijos, sin posibilidades de tomar decisiones que le afectan. De todas maneras, se ha de intentar comprender y no juzgar para sentar las bases de colaboración y tomar decisiones conjuntas con los padres buscando acuerdos, en un clima de respeto y progresiva confianza. Se puede incluso acceder a la negación de una vacuna, pero lograr que se reciba otras y dejar abierta la posibilidad de reconsiderarlo más adelante. Por todo ello, es actualmente preferible la evidencia científica y la razón ética de convencer con argumentos, ya que la obligatoriedad conlleva en la sociedad sentimientos en contra. Por ello en nuestra moderna y abierta sociedad, suele ser a la larga más efectivo el convencer, que la obligación impuesta.

Ahora bien, hay que insistir a los padres que las vacunas son un derecho de todos los niños, y que deberán asumir los daños que pueden producirse por la no vacunación. Por todo ello hoy en día no es ineludible la obligatoriedad de la vacunación en nuestros niños, pero ante un descenso de la población inmunizada con peligro de aparición de brotes de infecciones prevenibles, habría que plantear y legislar su obligación.

La cuestión referida a la necesidad de firmar el documento de consentimiento informado por parte de los padres, también puede generar un debate y diversas opiniones al respecto.

Por una parte la Ley 41/2002 dispone en su art. 2.6 que: *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”*. Se impone así para los profesionales el deber de cumplir no sólo la *lex artis* material, concretada en la correcta prestación de las técnicas médicas propias de cada especialidad, sino también la *lex artis* formal, integrada por el cumplimiento de los deberes de información y documentación clínicas y el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente;

ambas manifestaciones de la *lex artis* se colocan en un plano de igualdad y vinculan por igual a los profesionales.

Tal y como establece el Tribunal Constitucional (Sentencia 37/2011, de 28 de marzo) información y consentimiento son dos derechos íntimamente relacionados, pues sólo si se dispone de la información adecuada se podrá prestar libremente el consentimiento.

La información se configura en el art. 4.2 Ley 41/2002 como un elemento esencial, entendida como proceso gradual, continuado en el tiempo, esencialmente verbal, dejando constancia en la historia clínica, adecuada, verdadera, comprensible, sobre la finalidad y naturaleza de cada intervención, riesgos y consecuencias para la toma de decisiones. En materia de vacunación se plantean dudas sobre cuál es el medio idóneo para proveer de esa información adecuada a los padres o representantes legales, si basta con el prospecto de la vacuna o si es precisa una información detallada sobre la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada vacuna que se administra.

En lo relativo al prospecto, el mismo se configura como una garantía de información al paciente en el art. 15.3 de la Ley 29/2006: *“3. El prospecto, que se elaborará de acuerdo con el contenido de la ficha técnica, proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación del medicamento y su titular e instrucciones para su administración, empleo y conservación, así como sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones, en especial los efectos sobre la conducción de vehículos a motor, y otros datos que se determinen reglamentariamente con el fin de promover su más correcto uso y la observancia del tratamiento prescrito, así como las medidas a adoptar en caso de intoxicación. El prospecto deberá ser legible, claro, asegurando su comprensión por el paciente y reduciendo al mínimo los términos de naturaleza técnica”*.

En lo referente al consentimiento informado por escrito, no forma parte de la práctica habitual su exigencia en relación con las vacunas, considerando que los padres o representantes legales están prescindiendo dicho consentimiento de forma tácita por el



mero hecho de acudir a un centro médico a solicitar una determinada vacuna, o que basta con el mero consentimiento verbal de los padres o representantes legales.

El Tribunal Supremo en algunas Sentencias flexibiliza el uso del consentimiento informado en relación con las vacunas:

- Sentencia del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, en relación a un cuadro de Guillain-Barré tras la inoculación a un varón sano de 37 años de edad de la vacuna de la gripe correspondiente a la campaña 2002-3, afirma que: “En cuanto al primero, es decir, el referido al consentimiento informado al que también se refiere el segundo, ya que en supuestos como el presente vacunación en todo caso voluntaria si bien aconsejada y promovida por la Administración por los beneficios sociales que de la misma derivan, es bastante con que en el acto de la inoculación del virus se advierta verbalmente a la persona que lo recibe de aquellas consecuencias leves que pueden presentarse y que desaparecerán en breve tiempo y se indique los medios para paliar sus efectos”.

- Sentencia del Tribunal Supremo, de 12 de septiembre de 2012, es mucho más restrictiva sobre los riesgos que se deben informar, por entender que: “y, en fin, porque la administración de la vacuna contra la varicela no integra un acto de medicina satisfactoria sino curativa en la que el consentimiento informado no alcanza a aquellos riesgos que no tienen un carácter típico, por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional, como es aquí el caso, en que la prueba practicada resulta que la cerebelitis posvacunal es rarísima”. Esta tesis es más favorable a fomentar el uso de las vacunas, pues una información detallada sobre los riesgos de la vacunación podría provocar un descenso significativo de las tasas de cobertura vacunal, con el riesgo de la inmunización, tanto individual como de grupo.

Pero a pesar de ello en el mundo judicial nos encontramos resoluciones algo diferentes o en un sentido distinto. Así, si bien el consentimiento informado es esencialmente verbal, el mismo debe prestarse por

escrito en cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en, general en procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud.

Pese a la seguridad de las vacunas, es cierto que, ocasionalmente, se producen eventos adversos de extrema gravedad y que se trata de un procedimiento -mínimamente- invasivo, por lo que jurídicamente sería posible sostener que no sería válido el consentimiento verbal, siendo necesario que el mismo constara por escrito, sobre todo si tenemos en cuenta la doctrina del Tribunal Supremo que exige informar de los riesgos frecuentes y de los excepcionalmente graves, en el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León señala que “debemos entender exigible la obligación de informar sobre las posibles complicaciones señaladamente graves, como la que aquí nos ocupa, por más que se trate de un riesgo poco frecuente”.

Como quiera que la práctica —no se informa de los riesgos más graves de las vacunas y no se exige el consentimiento escrito— está muy alejada de las exigencias jurídicas —muchos Tribunales empiezan a hacer una aplicación excesivamente rigurosa de la obligación de informar, incluso en casos en los que consta un consentimiento específico— y que las reacciones adversas a las vacunas pueden ser excepcionalmente graves, convendría tener en cuenta que el consentimiento es un medio de prueba de la realidad de la información, por lo que el riesgo legal podría reducirse de forma considerable si se mejoran los instrumentos de información y se deja constancia de ello en la historia clínica. En último término, en relación con la cuestión planteada, téngase en cuenta lo expuesto en los apartados 2.1 y 2.2, a los que nos remitimos para evitar reiteraciones innecesarias.

Por tanto, siguiendo la doctrina más reciente del Tribunal Supremo, aun no siendo imprescindible disponer de un consentimiento informado explícito para administrar las vacunas incluidas en los calendarios oficiales de vacunación, sigue habiendo resoluciones judiciales muy exigentes en materia de información y consentimiento, por lo que, en todo caso, resulta recomendable, como mínimo, anotar



en la historia clínica del paciente que el acto de la vacunación ha sido realizado de acuerdo con los padres (o con consentimiento verbal informado de los padres o tutores) y que los mismos han sido informados de las consecuencias leves que pueden presentarse, de los medios para paliar sus efectos, así como de la duración prevista de las mismas.

### 6ª Cuestión Práctica.

#### **Cómo actuar ante grabaciones con el móvil de conversaciones de los niños con el otro progenitor para intentar convencernos de que el niño no quiere estar con él.**

Esta conducta es conocida como “alienación parental”, y consiste en *“la manipulación de un menor por parte de su progenitor para provocar rechazo, rencor, odio o desprecio hacia la otra parte, sea madre o padre”*. Con estas “maniobras”, más allá de las desavenencias personales de las parejas lo único que se está poniendo en riesgo es el sano desarrollo de los menores. Evidentemente que los niños tienen el derecho a convivir con sus padres, con independencia a si están o no casados, o cohabitan y es preciso que estos no estén sujetos al capricho de uno u otro por las desavenencias que terminan en separación o ruptura de las parejas.

Se trata de un proceso por el cual un progenitor actúa intencionadamente para provocar el rechazo de sus hijos hacia el otro progenitor es uno de los más insidiosos y destructivos que una familia puede experimentar.

Los síntomas que suele conllevar este cuadro, y que se produce en los hijos de la pareja, están mediados por diferentes estrategias, transformando la conciencia de los niños con el objetivo de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor.

Los hijos que sufren este síndrome de alienación parental (SAP) desarrollan un odio patológico e injustificado hacia el progenitor alienado, que tiene consecuencias devastadoras en el desarrollo físico y psicológico de éstos. Otras veces, sin llegar a sentir odio, el SAP provoca en los hijos un deterioro de la imagen que tienen del progenitor alienado, resul-

tando de mucho menos valor sentimental o social que la que cualquier niño tiene y necesita de sus progenitores, es decir, no se sienten orgullosos de su padre o de su madre como los demás niños.

Aunque el SAP está considerado como una forma de maltrato infantil. Sin embargo, es dudoso que sea considerado como tal, pues el diagnóstico diferencial del SAP requiere precisamente que no exista maltrato previo, psicológico o físico, a la madre y los hijos, por parte del progenitor alienado.

Desde mi punto de vista personal quien lo padece es objeto de un verdadero maltrato psicológico grave, en el cual se instiga resentimiento, temor y animadversión en contra del progenitor inocente, en el curso de un divorcio o separación.

El papel de los pediatras es fundamental, ya que están en contacto con las familias, y por ello, están en una posición privilegiada para detectar a tiempo una situación de esta naturaleza.

El síndrome de alienación parental es un diagnóstico que hay que conocer y plantear desde el punto de vista asistencial, pero ojo también hay que diferenciarlo de la alianza normal que se experimenta con uno de los padres con quien se comparte intereses y de los casos de maltrato infantil, en el cual el niño se resiste con genuino temor y buenas razones a encontrarse con uno de los progenitores.

Es importante escuchar a todos los participantes en los casos en que se sospeche SAP y no solamente a una parte, ya que el pediatra, pueden quedar involucrados como uno de los participantes en el circuito de engaño y terminar por catapultar a un niño en contra de uno de los progenitores.

De ninguna manera hay que desacreditar las acusaciones de maltrato o abuso esgrimidas, sino que hay que estudiarlas con cuidado.

Desde un punto de vista práctico, lo fundamental es establecer el diagnóstico clínico de dicho cuadro y en ese caso y con la finalidad de actuar activamente y de forma positiva es conveniente la notificación del proceso a las instancias judiciales (Fiscalía de Menores) para que el perito, fundamentalmente



el psicólogo judicial o psicólogo forense, que por supuesto sea experto o conocedor de las leyes de familia, temas de custodia y SAP o interferencias parentales, sea capaz de identificar la causa del rechazo de un progenitor por parte de un hijo y determinar si es o no un caso de SAP.

Actualmente ya estamos viendo que los métodos que proponen diversos autores para la solución de estos conflictos es la mediación. Mediante este método son los miembros de la pareja, con ayuda en su caso de los mediadores, los que llegan a acuerdos, valorando la situación y estudiando las posibles alternativas.

Si el conflicto parental está muy arraigado y los hijos están totalmente manipulados por uno de los progenitores en contra del otro, no considero que la mediación sea una alternativa válida. El progenitor alienador no va a querer cooperar, sentirá que tiene el poder y no dará ningún paso para solucionar el rechazo de los hijos, pero en casos leves puede ser una alternativa útil y efectiva.

Como con todos los casos de SAP y de otras perturbaciones emocionales, la intervención en las fases tempranas son las que gozan de mejor probabilidad de triunfar. Cuanto más se prolonga la alienación, más difícil resulta deshacer el daño.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. García Alonso M. Pensar el final: la eutanasia. Madrid: Editorial Complutense; 2008. p. 66.
2. Gracia D, Jarabe Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. En: Gracia D, Judez J, editores. Ética en la práctica clínica. 1.ª ed. Madrid: Tri-castela; 2004.
3. Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, de 15 de enero de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado n.º 15, de 17 de enero de 1996.
4. Código Civil. Gaceta 25 de julio de 1889.
5. Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Creado por el Consejo de Europa el 4 de abril de 1997 en Oviedo (Asturias) y ratificado el 1 de septiembre de 1999. BOE de 20 de octubre de 1999 y corregido en BOE de 11 de noviembre de 1999.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado n.º 274, del 15 de noviembre de 2002.
7. Pérez-Delgado E. Psicología, ética, religión. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 214.
8. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr. 1997;53:107-18.
9. Gracia D, Jarabe Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001;117:179-90.
10. Sánchez Jacob M. El menor maduro. Bol Pediatr. 2005;45:156-60.
11. Williams J. Should judges close the gate on SAP and PA? Family and Conciliation courts review 2001; 39: 267-81.
- 12.- Bone M, Walsh M. Parental alienation syndrome: How to detect it and what to do about it. The Florida Bar Journal 1999; 73: 44-8.
- 13.- Segura C, Gil MJ, Sepúlveda MA. El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. Cuad Med Forense 2006; 12: 43-4.
- 14.- Kelly JB, Johnston JR. The Alienated



Child: A Re formulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Review* 2001; 39 (3): 249-65.

15.- Gagné MH, Drapeau S, Melancon C. Links Between Parental Psychological Violence, Other Family Disturbances, and Children's Adjustment. *Family Process* 2007; 46: 523-42.

16.- Bolaños, I. (2008). Hijos alineados y padres alienados. *Mediación familiar en rupturas conflictivas*. Edit. Reus.

17.- Bolaños, I. (2002). El Síndrome de Alienación Parental. Descripción y abordajes psico-legales. (*Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol.2, nº3, pp.25-45).

18.- Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M. R. y Justicia Díaz, M. D. (2000b). *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid, Ed. Pirámide.

19.- Tejedor Huerta, M. A. (2006). *El Síndrome de Alienación Parental. Una forma de maltrato*. Colección de Psicología Jurídica. Edit. EOS. Madrid.



# Interpretación teórico - práctica de la ecografía en Atención Primaria.

José Antonio Fernández Merchán.

Pediatra de Equipos. Área de Salud de Plasencia. Cáceres.  
Colaborador del Grupo de Ecografía Clínica Pediátrica de la AEPap.

## Introducción

La ecografía se ha convertido en una herramienta diagnóstica de uso habitual dentro del arsenal de pruebas complementarias que usamos los pediatras de Atención Primaria (AP). Su inocuidad, bajo coste y fácil realización han llevado a contar con la ecografía como prueba de imagen de primer orden en el despistaje y en el diagnóstico de multitud de entidades típicamente pediátricas. Así mismo los avances conseguidos en los últimos años en la mejora de equipos, sondas y software han ampliado más, si cabe, el abanico de posibilidades en relación con la Pediatría.

Hasta ahora los pediatras de AP nos limitamos, en la mayor parte de las ocasiones, a leer el informe de la ecografía solicitada por nosotros y realizada por el radiólogo de zona. Es más, probablemente la gran mayoría lee exclusivamente el apartado de conclusiones sin ni siquiera ver las imágenes que deben acompañar a cualquier informe ecográfico.

Con este taller pretendemos cambiar esta dinámica. Se trata de acercar la ecografía al pediatra de AP dando a conocer unos conceptos básicos de esta técnica de imagen para adquirir la terminología apropiada y empleada en los informes ecográficos. Pretendemos romper moldes lo que implicaría también atreverse a mirar, a partir de ahora, las imágenes que acompañan a los informes de las ecografías y saber interpretar las mismas.

Por último el conocimiento más cercano de la ecografía podría sembrar la semilla de la necesidad de aprender algo más... de ir más lejos. Estamos ha-

blando de atreverse, en el futuro, a realizar nuestras propias ecografías con la formación previa apropiada aunque esto último se escapa de los objetivos de este taller. Y es que son muchos los médicos de AP que ya utilizan la ecografía en su día a día.

Taller. 1ª parte. Principios físicos y técnicos. Lenguaje ecográfico: imágenes elementales y artefactos. Cortes ecográficos.

## ¿Qué es la ecografía?

La ecografía es una técnica diagnóstica basada en el uso de ondas de ultrasonido (US) las cuales son emitidas a través de una *sonda o transductor* que hace las veces de emisor y receptor. Las ondas de US que vuelven a la sonda lo hacen después de haber pasado una serie de obstáculos (órganos y tejidos) con los que han interactuado *atravesándolos, atenuándose y rebotando* antes o después. La *unidad de procesamiento*, a través de un software, se encarga de transformar esas ondas rebotadas o ecos en una imagen de escala de grises que es la que finalmente vemos en una *pantalla* en tiempo real lo que nos permite valorar las estructuras y órganos objeto de estudio no sólo morfológicamente sino también en dinámico<sup>1</sup>.

## Algunos conceptos físicos

Por tanto el instrumento del que nos valemos o *ecógrafo* va a disponer, básicamente, de una o varias sondas, una unidad de procesamiento y una pantalla.

Las sondas o transductores se diferencian fundamentalmente en la *frecuencia* a la que trabajan. La



frecuencia se mide en Hertzios (Hz) y en ecografía se maneja un rango entre 2 y 20 megahertzios (MHz). Esto es importante porque a mayor frecuencia hay menor penetración pero más resolución (sondas lineales para caderas, escroto, músculo...) y a la inversa: a menor frecuencia mayor penetración a costa de una menor resolución (sondas convex, para exploración abdominal)

La ventaja de esta técnica aplicada a la pediatría es que, en general, obtenemos mejores imágenes y de mayor resolución porque los niños tienen una mayor proporción de agua que en el adulto y un estrato de grasa mucho menor lo que favorece la transmisión del US y en consecuencia la calidad y resolución de la imagen final<sup>2</sup>.

El concepto *Impedancia acústica* hace referencia a la resistencia que ofrece un órgano o estructura al paso de los US a su través. Es una propiedad ligada a la densidad del medio en cuestión. Así el hueso es la estructura con mayor impedancia acústica y el gas el medio con menor impedancia.

### Conceptos técnicos

Atenuación, o disminución de la intensidad de la onda acústica en función de la distancia recorrida.

Ganancia, es el mecanismo compensador que utiliza el ecógrafo ante la pérdida de intensidad que experimenta el sonido a medida que profundiza en el organismo (atenuación). Los ecógrafos suelen disponer de una ganancia total y de unas ganancias parciales.

Ventana acústica, es la mejor vía de acceso al órgano o estructura a estudiar o dicho de otra manera sería la zona que nos permite emitir ultrasonidos y recibir los ecos resultantes en las mejores condiciones.

### Imágenes elementales

#### Imágenes hiperecogénicas o hiperecoicas.

Muy blancas y/o brillantes, producidas por aquellas estructuras que generan ecos en gran intensidad o en gran cantidad. Pueden ser fisiológicas, patológicas (calcificaciones) o tratarse de artefactos (*refuerzo acústico posterior*).

#### Imágenes anecogénicas o anecoicas.

Completamente negras, producidas por aquellas estructuras que no generan ecos en su interior. Pueden ser fisiológicas (típicas de los líquidos como la sangre, bilis, o la orina), patológicas (quistes, hematomas o ascitis) o artefactos (*sombra acústica posterior*).

#### Imágenes hipocogénicas o hipococoicas.

Grises en distintas intensidades, producidas por aquellas estructuras que generan ecos de baja intensidad o en poca cantidad. También las hay fisiológicas, patológicas (inflamaciones) o artefactos (*anisotropía*).

#### Imágenes isoecogénicas o isoecoicas.

Cuando una estructura tiene la misma ecogenicidad que la contigua.

#### Estructura homogénea

En la que la distribución de los ecos es uniforme.

#### Estructura heterogénea

La que genera ecos de intensidades diversas.

#### Artefactos

Es importante conocerlos porque en determinadas circunstancias nos pueden ayudar a determinar si algunas imágenes estudiadas son normales o patológicas.

Los más destacables son:

**Refuerzo acústico posterior**, se produce cuando el sonido atraviesa una estructura sin sufrir ecos o rebotes con lo que detrás de la misma aparecen con más intensidad, más blancos en la pantalla.

**Sombra acústica posterior**, se produce cuando el sonido no puede seguir avanzando dando lugar a una sombra (negro) en la pantalla.

**La reverberación y el cola de cometa**, son variantes del mismo artefacto y se produce cuando el haz de US atraviesa entre dos estructuras con densidades ecográficas muy distintas dando lugar a haces hiperecogénicos (muy blancos) que suelen entorpecer el examen ecográfico.



**La atenuación posterior** producida cuando determinadas estructuras “atrapan la intensidad del sonido en superficie resultando dificultosa la visualización de las estructuras más alejadas.

### Cortes ecográficos elementales

#### Longitudinales

Se realizan colocando la sonda en el eje longitudinal o sagital del cuerpo con el testigo del transductor hacia craneal. Con estos cortes la parte craneal de las estructuras a estudiar aparecerá a nuestra izquierda en la pantalla y la parte caudal aparecerá a nuestra derecha en la pantalla. (Figuras 1 y 2).

#### Transversales

Se realizan colocando la sonda en el eje transversal u horizontal del cuerpo con el testigo del transductor hacia la derecha del paciente. Con estos cortes la parte derecha de las estructuras a estudiar aparecerá a nuestra izquierda en la pantalla y la parte izquierda aparecerá a nuestra derecha en la pantalla, tal y como ocurre en las imágenes de las tomografías (TAC). (Figuras 3 y 4).

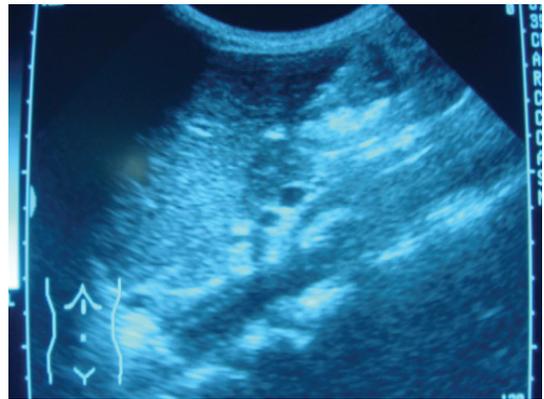
#### Coronales

Se realizan colocando la sonda siguiendo el eje coronal o frontal del cuerpo con el testigo del transductor hacia craneal siendo, por tanto, una variante de los cortes longitudinales por lo que aquí también la parte craneal de las estructuras a estudiar aparecerá a nuestra izquierda en la pantalla y la parte caudal aparecerá a nuestra derecha en la pantalla.

#### Oblicuos

Se realizan colocando la sonda en sentido oblicuo y se considera una variante de los cortes transversales puesto que el testigo del transductor debe estar situado hacia la derecha del paciente con lo que se mantiene la misma organización espacial en la pantalla que para los cortes transversales. Se usa típicamente a nivel del reborde subcostal en hipocondrio derecho para estudiar el hilio hepático y también se emplea para localizar y estudiar la cola del páncreas en epigastrio.

Figuras 1 y 2.- Corte longitudinal a nivel epigástrico. Disposición de la sonda y anatomía ecográfica.



Figuras 3 y 4.- Corte transversal a nivel epigástrico. Disposición de la sonda y anatomía ecográfica.





## Taller. 2ª parte. Informe ecográfico. Exploraciones ecográficas demandadas en pediatría de atención primaria.

### **El informe ecográfico**

Consta de varias partes bien diferenciadas que pueden variar de unos Servicios de Radiodiagnóstico a otros pero en general serían:

**Datos de filiación.-** con el nombre, edad y sexo del paciente entre otros.

**Solicitante.-** Médico o Servicio que solicita el estudio.

**Datos clínicos y motivo de petición.-** aportados por el solicitante e imprescindibles para la realización e interpretación de la prueba. Esto hace referencia al concepto de *ecografía clínica*.

**Datos técnicos.-** es posible que se aporte el tipo de sonda o sondas empleadas, características técnicas de las mismas o bien la técnica empleada según el tipo de exploración (por ejemplo: protocolo de Graf para la ecografía de caderas).

**Tipo de ecografía realizada** (abdominal, escrotal, de partes blandas, etcétera); profesional que realiza la ecografía y fecha de realización.

**Observaciones o comentarios.-** en este apartado se pueden aportar limitaciones al estudio como la existencia de una mala ventana acústica por obesidad, meteorismo o preparación inadecuada. Así mismo si hay algún antecedente de interés como intervenciones quirúrgicas previas.

**Descripción, resultados o hallazgos ecográficos.-** en este apartado el explorador describe los hallazgos con la terminología ecográfica apropiada. Siempre que sea posible se compararán los hallazgos con los estudios previos del paciente si los hubiere.

**Conclusiones.-** lo que todos leen por lo que cualquier hallazgo de interés debe ser reflejado en este apartado. Si los hallazgos lo permiten y son lo suficientemente significativos se sugerirá un

diagnóstico lo más específico posible. Si es oportuno, se propondrá un diagnóstico diferencial. Y si se estima conveniente, se harán recomendaciones de seguimiento o de realización de otras pruebas de imagen.

El informe debería responder a aquellas cuestiones clínicas planteadas al solicitar el estudio.<sup>3</sup>

**Imágenes adjuntas.-** el informe deberá acompañarse de las imágenes clave que clarifiquen los hallazgos, de manera que faciliten su interpretación tanto por parte del médico solicitante como de aquellos que realicen exploraciones posteriores derivadas de esa ecografía. Con las plataformas digitales actuales las imágenes se suelen mostrar en la misma pantalla del informe.

**Exploraciones ecográficas demandadas en pediatría de atención primaria.**

Aquí describimos una lista de las exploraciones ecográficas pediátricas aplicables en AP según las publicaciones consultadas.<sup>2</sup>

**Ecografía abdominal.-** el dolor abdominal (DA) en todas sus variantes (DA inespecífico, DA recurrente, DA agudo, etc) es, con mucho, el motivo de la mayoría de las exploraciones abdominales. Alteraciones analíticas (función hepática). Dispepsia; estudio de estreñimiento.

**Ecografía urológica.-** infecciones de orina; enuresis; seguimiento de dilataciones pielocaliciales e hidronefrosis; alteraciones de la función renal, microhematurias; despistaje en niños con antecedentes familiares de poliquistosis renal.

**Ecografía inguino-escrotal.-** especialmente útil en pediatría: asimetría testicular, dolor testicular, criptorquidia, quistes de epidídimo, hidroceles, quistes de cordón, hernia inguino-escrotal.

**Ecografía ginecológica.-** alteraciones menstruales, dismenorrea, hirsutismo.

**Ecografía del Cuello.-** adenopatías, fibromatosis colli, parotiditis, quistes del conducto tirogloso.



Tiene particular interés el estudio del tiroides: alteraciones analíticas, hipotiroidismo congénito, tiroiditis, nódulos.

**Ecografía músculo-esquelética.-** despistaje de displasia y luxación de caderas en el lactante; sospecha de sinovitis de cadera; contusiones y bultomas; quistes de Baker.

**Ecografía de partes blandas.-** bultomas de cualquier localización, adenomegalias de cualquier localización, cuerpos extraños.

**Seguimiento de patologías ya diagnosticadas,** como esteatosis, quistes simples, la ya referida de dilataciones pielocaliciales e hidronefrosis, paciente monorro.

**Screening** dentro de los protocolos de determinados síndromes, por ejemplo en el despistaje de tumores abdominales en un síndrome de Beckwith Wiedemann ó el ya comentado de niños con antecedentes familiares de poliquistosis renal.

Muchos de los estudios enumerados no llegarían a pedirse en AP sobre todo los referidos a neonatos pues la mayor parte de esas indicaciones, o bien están establecidas prenatalmente, o bien se establecen en las primeras horas de vida con lo cual estas exploraciones suelen solicitarse ya en el hospital antes de que el niño llegue al centro de salud. Lo mismo ocurre con aquellas patologías que dadas sus características consultan directamente en un Servicio de Urgencias donde se le realiza la pertinente ecografía.

Probablemente la mayor parte de las ecografías que nosotros enviamos al 2º nivel son las que podrían tener resolución en AP en nuestras manos, eso sí, con la formación adecuada.

De todas ellas describimos con más detenimiento las que creemos que generan más dudas de entre todos los informes ecográficos que caen en nuestras manos o que llegan a nuestra consulta.

### **Ecografía en las dilataciones pielocaliciales.**

Caballo de batalla de la pediatría de atención

primaria. Desde la introducción de la ecografía obstétrica y su desarrollo se ha experimentado un incremento considerable de recién nacidos que acuden a la primera consulta del pediatra con el diagnóstico prenatal de dilatación o ectasia piélica o pielocalicial. Desde los Servicios de Neonatología se encargan de pedir la ecografía de control pertinente (no antes de las primeras 48 horas de vida para evitar falsos negativos) según los hallazgos obstétricos. Si no es así nos tocará hacerlo a los pediatras de AP.

En las últimas publicaciones se han sustituido los términos dilatación o ectasia piélica o pielocalicial por el de Dilatación del Tracto Urinario (DTU) distinguiendo entre una DTU antenatal (DTU A) y una DTU postnatal (DTU P). La DTU queda englobada dentro de las malformaciones congénitas del riñón y del tracto urinario o CAKUT (*Congenital Anomalies of the Kidney and the Urinary Tract*).<sup>4,5</sup>

El tema es complejo y en continua actualización así que desde un punto de vista muy práctico y resumido nos interesa conocer y reconocer en el informe ecográfico:

-Técnica adecuada: medición de la pelvis renal en el sentido anteroposterior (AP) en un corte transversal del riñón y expresada en mm o cm (Figuras 5 y 6):

\*medidas inferiores a 10 mm, se consideran normales y solo requerirán, si acaso, comprobación posterior por ecografía.

\*medidas superiores a 10 mm obligan a hacer un estudio más pormenorizado.

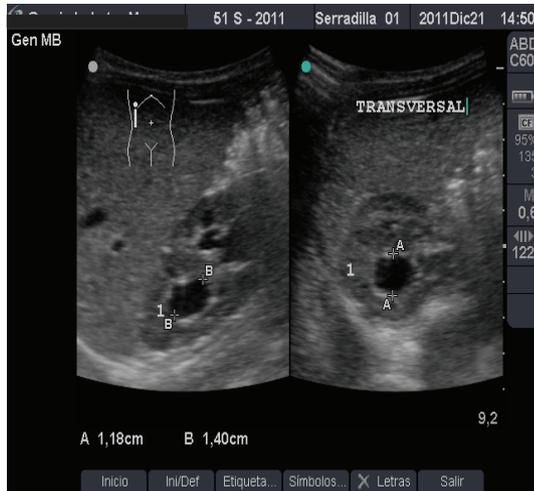
-Datos relativos a la ecogenicidad del parénquima renal, la correcta diferenciación córtico-medular, grosor y aspecto del parénquima y la afectación de los cálices renales.

La actitud variará en función de estas medidas y de los posibles hallazgos en los controles sucesivos. (Tabla DTU)

-Estudio de la vejiga, valorando la pared y su espesor. Visualización de uréteres a nivel proximal o distal.



Figuras 5 y 6.- Dilatación de los sistemas pielocaliciales superior (Fig. 5) e inferior (Fig. 6). A la izquierda el corte longitudinal y a la derecha el corte transversal con la medida adecuada de la dilatación en el sentido anteroposterior (AP).



### Ecografía de Caderas.-

Estudio con sonda lineal de alta frecuencia. Aparte de la eterna controversia cribado universal sí o no, es importante que la técnica usada sea la Técnica de Graf, perfectamente estandarizada y útil hasta los 5 meses de edad cuando empieza a aparecer el núcleo de osificación de la cabeza femoral siendo más útil a partir de este momento la radiografía.

Hemos de conocer

- Técnica adecuada con sonda lineal de alta resolu-

ción sobre la cadera del lactante.

- Línea base y ángulos alfa ( $\alpha$ ) y beta ( $\beta$ ).

- La cobertura acetabular, si es correcta o menor del 50%

- El ángulo  $\alpha$ , refleja la profundidad del acetábulo y ha de ser mayor o igual a  $60^\circ$  a cualquier edad.

Entre  $50^\circ$  y  $60^\circ$  obliga a repetir la ecografía.

Menor de  $50^\circ$  se considera patológico.

- El ángulo  $\beta$  representa la cobertura del labrum y ha de ser menor o igual a  $55^\circ$ .

- Cadera estable con las maniobras de estrés (Barlow).

La actitud a seguir la marcará la clasificación y el esquema de Graf.<sup>6</sup>

Figura 7.- Corte coronal de la cadera con las referencias anatómicas esenciales (ilíon, acetábulo, cabeza femoral, labrum e isquion), línea base y ángulo alfa ( $\alpha$ ). Correcta cobertura acetabular.



### Ecografía Transfontanelar.-

Este tipo de ecografía se ha vuelto indispensable en el diagnóstico de patología cerebral en el prematuro y en su adecuado seguimiento.<sup>8</sup> Desde las consultas de AP son pocas las indicaciones que nos llevan a so-



licitar este tipo de ecografía.

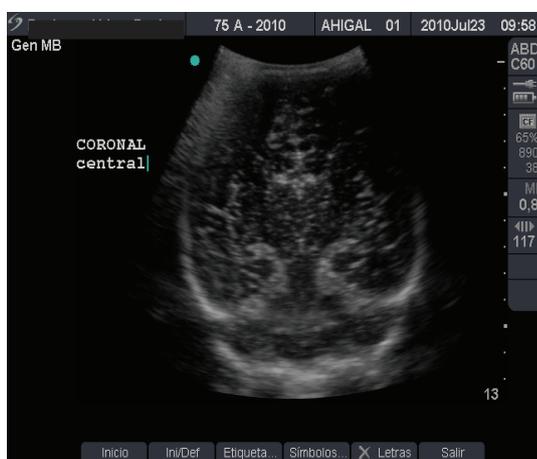
El estudio ecográfico se realiza a través de la Fontanela Anterior (FA), con las sondas apropiadas y mientras esta esté abierta.

En la técnica de realización se incluye la realización de cortes sagitales y cortes coronales.

En el informe debe constar:

- Correcta diferenciación entre corteza y sustancia blanca
- La ecogenicidad de las circunvoluciones cerebrales, de la sustancia blanca periventricular y subcortical así como del tálamo.
- La presencia o ausencia de asimetrías,
- Valoración de la línea media que ha de estar centrada,
- El tamaño adecuado de los ventrículos descartando la presencia de hidrocefalia,
- La correcta visualización de la fosa posterior y de las astas anteriores según el corte.
- Valoración del espacio subaracnoideo.<sup>9</sup>

Figura 8.- Corte coronal realizado con sonda convex a través de la fontanela anterior.



Por último recordar las muchas ventajas de la ecografía y los irremediables inconvenientes de

esta técnica de diagnóstico por imagen.

## Ventajas e Inconvenientes de la ecografía

### Ventajas

Es una técnica diagnóstica de imagen no ionizante, inocua, sin efectos secundarios descritos, ni contraindicaciones conocidas.

- Es indolora y bien tolerada lo que favorece la adhesión de nuestros pequeños pacientes.
- Permite controles repetidos, es manejable, dinámica, rápida y de accesibilidad inmediata.
- Es desplazable, gracias a los equipos portátiles lo que favorece llevar la técnica ecográfica a puntos muy distantes del CS lo que es muy importante en zonas con una dispersión geográfica muy amplia y también permite realizar ecografías a la cabecera del enfermo.
- Es reproducible, de tal manera que distintos exploradores encontrarán los mismos hallazgos.
- Económica, una vez hecha la inversión inicial del equipo y la formación de los profesionales.
- Permite emplear signos clínicos como la ecopalpación, por ejemplo en una colecistitis ó una apendicitis.
- Ofrece una calidad de imagen para las partes blandas equiparable a la resonancia magnética (RM) y superior a la radiología simple.
- En la asistencia hospitalaria se usa como ayuda para hacer punción dirigida y permite el uso de contrastes ecográficos lo que aumenta su poder diagnóstico evitando realizar pruebas donde se usen radiaciones ionizantes.

### Inconvenientes

- El principal problema de la ecografía es que es operador dependiente, es decir, su fiabilidad como técnica diagnóstica está estrechamente



relacionada con la formación, experiencia y destreza del explorador

- La presencia de gas y las superficies óseas impiden obtener imágenes de buena calidad imposibilitando, en ocasiones, la realización de la prueba diagnóstica.

### Referencias Bibliográficas

1.- Ecografía para atención primaria. Guía clínica. Grupo de ecografía de atención primaria de Extremadura. Junta de Extremadura. ISBN: 978-8496958-62-3. Badajoz, 2010.

2.- Fernández Merchán JA, ¿Qué utilidad tiene la ecografía para el pediatra de atención primaria? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2014;(23):29-35.

3.- Morales A y cols. SEUS 2013-03: El informe en ecografía. Madrid: Sociedad Española de Ultrasonidos SEUS 2013.

4.- Madariaga Domínguez L, Ordóñez Álvarez FA. Manejo de las anomalías renales y del tracto urinario detectadas por ecografía prenatal. Uropatías obstructivas. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1: 225-39.

5.- A. Gómez Farpón, C. Granell Suárez, C. Gutiérrez Segura. Malformaciones nefrourológicas. Pediatr Integral 2017; XXI (8):498-510.

6.- García Guzmán P, Florean TM, Osiniri Kippes I, Grupo de ecografía clínica pediátrica de la AEPap. Taller de ecografía de la cadera del lactante. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización de Pediatría 2017. Madrid: Lua Ediciones 3.0;2017.p.513-19.

7.- Rivera Domínguez A. Ecografía en la displasia del desarrollo de la cadera. Ponencia de las Jornadas 2011 de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI).

8.- Llorens-Salvador R, Moreno-Flores A. El ABC de la ecografía transfontanelar y más. Monográfico SERAM. Radiología, volumen 58, suplemento 2, mayo 2016, páginas: 129-141.

9.- López-Azorín M y cols. Ecografía cerebral en neonatos. An Pediatr Contin. 2012;10(4):228-33.



# Vínculos en el inicio de la vida y su importancia en el desarrollo infantil

Adela Gutierrez Fisac.

Pedagoga, Especialista en estimulación sensoriomotriz y reeducación y terapia psicomotriz.

M<sup>a</sup> Ángeles Martín Rodríguez.

Pediatra de Atención Primaria.

## INTRODUCCIÓN

Este taller pretende proporcionar unas bases teóricas sobre la teoría del apego, que explica por qué los seres humanos tenemos la tendencia a desarrollar vínculos específicos con otras personas y cómo las relaciones primarias de los niños con sus cuidadores primarios influyen de manera marcada sobre su desarrollo psicológico posterior.

También reflexionaremos sobre el diálogo tónico que se establece entre la madre y su bebé en los primeros momentos, y el origen corporal de las emociones.

Desde que nacemos estamos diseñados para vincularnos, ya que somos absolutamente dependientes e incapaces de sobrevivir solos.

La teoría sobre el APEGO, formulada inicialmente por el psiquiatra británico Bowlby (1982) y desarrollada y ampliada por varios autores, intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del neonato y el niño. También explica las consecuencias que pueden derivar de la falta de protección en esos primeros años.

Las teorías más tradicionales defienden que el niño entabla una relación estrecha con su madre porque esta satisface sus necesidades de alimentación y protección. Frente a estas teorías, Bowlby defiende que esa tendencia a vincularse a otro es primaria. Él sostiene que la necesidad de formar vínculos estrechos con los cuidadores tiene una base biológica, ya que su objetivo es asegurar la supervivencia.

Esta necesidad específica se expresa en una serie de conductas como la sonrisa, el llanto, la búsqueda de contacto visual, etc. Estas conductas se activan muy

tempranamente y tienen como objetivo la experiencia de seguridad gracias al contacto con el cuidador. Por todo ello, Bowlby afirma que *el sistema de apego es el primer regulador de la experiencia emocional*.

## QUÉ ES EL APEGO

*El vínculo de apego* es la unión específica que se establece en el espacio/tiempo entre el bebé y su cuidador (apego primario).

Es un proceso de dos sentidos, del bebé al cuidador y de éste hacia el bebé.

Constituye un proceso adaptativo universal.

*Vínculo* se denomina a otro tipo de uniones afectivas que se establecen a lo largo de la vida con otras personas: amigos, pareja, etc.

“Este contexto de comunicación emocional positiva y prolongada en el tiempo, permite el desarrollo de características que favorecen el autocuidado y el cuidado de las personas con las que el niño se relaciona: la empatía, la seguridad, la autoestima, la confianza, la regulación de las emociones, la pertenencia, la identidad, la reciprocidad, el altruismo... en definitiva, todo esto hace que el ser humano se organice como persona de manera integral.

El estilo de apego seguro organiza y estructura el cerebro-mente” (.....) Es decir, **“el apego seguro en un niño equivale a cerebro ordenado.”**

## LOS ESTILOS DE APEGO.

Si las experiencias son positivas, las necesidades se satisfacen y los cuidadores son sensibles, disponi-



bles, atentos y empáticos para responder a los estados internos del niño (sus emociones de angustia, dolor, sensaciones de hambre...) sin invadirlos, es muy probable que el niño desarrolle lo que se denomina un **apego seguro** (Bowlby, 1998).

Si los padres o cuidadores no han sido capaces de responder satisfactoriamente a las necesidades del bebé-niño (por negligencia, maltrato, abandono, invasión, manipulación, etc) entonces la probabilidad de desarrollar un estilo de **apego inseguro** es alta.

Gracias al trabajo de Mary Ainsworth, que diseñó un estudio experimental para valorar la calidad de la relación de apego con la madre, a través de la respuesta del niño ante diferentes situaciones ("La situación extraña, 1970) se describieron cuatro tipos de apego (2):

- El apego seguro.
- El apego inseguro evitativo.
- El apego inseguro ansioso-ambivalente.
- El apego desorganizado.

### **1. Apego seguro.**

Estos niños exploran sin problemas el ambiente nuevo en el que se encuentran, mientras el cuidador (la madre) está presente, se ponen ansiosos en presencia del extraño y lo evitan, se angustian durante la ausencia de la madre y buscan rápidamente contacto con ella cuando regresa. Se sienten de nuevo seguros por dicho contacto y vuelven a explorar en breve tiempo.

En la vida cotidiana, estos niños están en condiciones de usar a sus cuidadores como una "base segura" a la que acudir cuando tienen miedo o sienten angustia, ya que confían en que estarán disponibles cuando los necesiten y cuentan con ellos para que los protejan y los calmen.

Cuando estos niños sean adultos, tendrán actitudes cálidas en el terreno interpersonal, serán personas con una actitud básicamente positiva ante la vida y encontrarán satisfacción en las relaciones con los demás. Además, algunos estudios demuestran que los adultos que desarrollaron un apego seguro en su infancia tienen más probabilidades de tener niños que se apeguen a ellos de forma segura.

## **2. Apegos inseguros.**

### **2.1. Apego inseguro-evitativo.**

En presencia de la madre muestran poco interés por explorar el entorno. Muestran poca angustia ante la separación y cuando la madre vuelve tienden a evitarla.

Este patrón es característico de niños cuyos padres o cuidadores no están disponibles emocionalmente, no receptivos a las necesidades de ayuda de sus hijos y, por tanto, no responden adecuadamente a esas necesidades. En esta situación el niño desarrolla una estrategia para adaptarse, que consiste en minimizar la búsqueda de proximidad con los cuidadores.

### **2.2. Apego ansioso-ambivalente.**

El bebé da muestra de angustia a lo largo de todo el procedimiento, apenas se separa de la madre, gran ansiedad durante la separación. Cuando la madre regresa busca su cercanía intensamente, pero después muestra enfado u oposición.

Este patrón es característico de padres incoherentemente disponibles, sensibles y perceptivos. El progenitor trataría de conectarse, pero de un modo que no es adaptado a la comunicación y necesidades del niño. Padres intrusivos emocionales en ocasiones.

### **2.3. Apego ansioso-desorganizado.**

Estos niños muestran conductas de ambos tipos, ansioso ambivalente y evitativo. Pero no son capaces de organizar sus relaciones en una estrategia coherente y organizada.

Es el estilo de apego más relacionado con los trastornos mentales.

Desde la infancia, los estilos de apego inseguros no reparados o resueltos, pueden disminuir la resiliencia para afrontar las dificultades e incrementar la susceptibilidad a los trastornos psicológicos en tiempos de estrés, pero no constituyen patología en sí mismos. (Lafuente, 2010).

## **FASES EN EL DESARROLLO DEL APEGO**

Según Bowlby, hay una disposición genética para establecer el apego, cuya función es obtener y mantener la proximidad el objeto de apego. Y para ello se desarrollan una serie de conductas, denominadas



“conductas de apego”: seguimiento visual y motor, contacto, llanto, sonrisa, vocalizaciones, etc.

Las fases en el desarrollo del apego son:

1. Formación del apego (6 semanas/6-8 meses): sensibilidad social diferenciada.

Responden de forma diferente entre un cuidador conocido y un extraño.

Sonríen, balbucean, se calman más rápidamente cuando lo coge, interacciones cara a cara. Pero aún no protestan cuando se les separa de su cuidador.

2. Fase del apego bien definido (6/8 meses-18/24 meses):

Apego evidente del bebé al cuidador.

Ansiedad de separación y miedo a los extraños.

Comprensión clara de la existencia del cuidador/a cuando no lo ve.

Actúan deliberadamente en presencia del cuidador: se acercan, le siguen, se suben encima, lo buscan, lo prefieren frente a otros.

3. Formación de una relación recíproca (de 18/24 meses en adelante):

Desarrollo de capacidades:

- representación y lenguaje,
- comprensión de situaciones, como presencia y ausencia del cuidador, predicción de su regreso...
- negociación con el cuidador para conseguir sus objetivos,
- menor necesidad de la proximidad del cuidador, menos protestas.

Durante este proceso, los bebés construyen un lazo afectivo duradero con el cuidador, que les permite usar la figura de apego como una *base segura* a través del tiempo y las distancia. Este lazo genera una representación interna – *modelo interno de trabajo* (Bowlby)- del vínculo de apego cuidador/niño. A partir de este modelo, el niño puede interpretar los hechos y predecir lo que sucederá.

## PERIODOS SENSIBLES O VENTANAS DE OPORTUNIDAD

El cerebro humano se podría asemejar a una cámara de fotos que deja el diafragma abierto entre los 0 y los 3 años. Entonces se cierra, y esa es la primera impresión *vivencial* que queda, y que va a permanecer como referencia en el tiempo. Digamos que es la “fotografía” a la que uno se remite en la vida una y otra vez.

Aunque el cerebro humano siempre conserva cierta plasticidad neuronal, capacidad de aprendizaje y de modificar conductas, es difícil cambiar los rasgos principales de personalidad. Estos rasgos tienen que ver con la estructura de nuestras conexiones sinápticas. Se podría decir que nuestras actitudes y respuestas son, principalmente, la expresión de la organización y estructura de nuestro cerebro.

Es esta una memoria vivencial, es decir, no se recuerdan tanto los hechos como las emociones experimentadas. Se refiere a la sensación internalizada de haberse sentido querido, cuidado, protegido, por los padres o cuidadores primarios.

Estos recuerdos vivenciados, que resultan de las interacciones entre la madre y el niño, van entretejiendo una memoria corporal que es el nido de los afectos.

Vamos a profundizar en este origen corporal de las emociones.

### DIÁLOGO TÓNICO

El primer vínculo se establece a través de una relación fusional cuerpo a cuerpo entre la madre y el bebé. Las manifestaciones corporales son de entrada, la única expresión y el primer instrumento del psiquismo.

Existe una interdependencia entre lo psíquico y lo corporal. La observación de un bebé no nos deja lugar a duda. Cualquier emoción, cualquier sensación placentera o displacentera es traducida en una agitación corporal. Las emociones dominan la conducta del bebé.

La función tónica es el paradigma de esa interdependencia entre lo psíquico y lo corporal. El tono



es la primera condición de cualquier acción motriz, nos permite movernos y más tarde controlar y ajustar ese movimiento. Pero además, es vehículo de las emociones y el filtro y mediador de la comunicación entre el niño y el adulto.

El origen del desarrollo psico-afectivo del individuo es la fusión inicial entre la madre y el hijo, que es, antes que nada, una relación cuerpo a cuerpo. Entre ambos se establece un "Diálogo tónico": hipertonia de llamada, cuando el bebé tiene una necesidad, cuando siente displacer (agitación, llanto, tensión), e hipotonía de alivio, de relajación, cuando está satisfecho. Es el otro, la madre, quien da un sentido al cuerpo del niño al llevarlo, al mecerlo, al mirarle, al sonreírle, al hablarle y al responder a sus necesidades. Desde el principio el niño se constituye en un organismo social, porque sus manifestaciones corporales, los movimientos incontrolados y la agitación del recién nacido, provocados por sus estados de bienestar o malestar, constituyen señales para su entorno, lo que provoca una intervención a su favor. Wallon y Ajuriaguerra llaman a esta primera relación "relación tónico-emocional o tónico-postural", haciendo referencia al origen somático de las emociones. Dicen que las emociones son una formación de origen postural y tienen por material el tono muscular.

## ORIGEN CORPORAL DE LAS EMOCIONES

Al nacer el bebé tiene una necesidad básica y vital de ser protegido, cogido, tocado. Esta necesidad es tan básica como la necesidad de ser alimentado.

Necesita una nueva envoltura protectora, ya tuvo la primera en el seno materno. Esta envoltura se irá construyendo progresivamente a partir de las acciones inscritas en su cuerpo a medida que recibe los cuidados y el amor de sus padres a través de un proceso de transformación mutua o recíproca.

Estos cuidados no sólo se basan en el amamantamiento u otros aspectos fisiológicos, sino que participan otras funciones como la propiocepción. Todas las manipulaciones que se producen con un ritmo regular, venidas del exterior como ser tocado, presionado, acariciado, tomado en brazos, levantado,

dejado en la cuna, girado, estirado..., hacen que el niño participe activamente y con un placer intenso, lo que le hace sentirse lleno y unificado. Esto le ayudará a desarrollar todas sus potencialidades reflejas, sensoriales, sensomotrices e imitativas que le permitirán establecer relaciones cada vez más ricas con el entorno.

En este juego corporal con la madre el niño va a interiorizar acciones agradables asociadas al afecto de placer y acciones dolorosas asociadas al afecto de displacer. Va haciendo una reserva de éstas confundidas con las de la madre, entretejiendo una especie de memoria corporal.

Estas secuencias interiorizadas, no son recuerdos, tampoco son representaciones. No tienen un lugar psíquico, pero sí corporal. Estaríamos hablando de representaciones inconscientes que resultan de las interacciones corporales entre el niño y la madre. Forman parte de la construcción somatopsíquica del ser humano en relación al mundo que le rodea. Estos esquemas de acción de placer y displacer, inscritos en el mismo sistema neurobiológico, forman la estructura tónico-afectiva básica de cada individuo; ambos afectos son dependientes entre sí y también está presente la estructura tónico-afectiva de la madre.

Esta estructura es el origen de los hábitos posturales y motores del niño que persistirán toda la vida, a pesar de las posibilidades de adaptación al entorno. Pero también es el nido de las emociones. Cada emoción que tenemos a lo largo de nuestra vida actualiza esos afectos de placer y displacer inscritos en nuestro cuerpo.

## BASES DE LA PRIMERA IDENTIDAD CORPORAL

¿En qué momento se produce un primer grado de diferenciación de sí mismo?

Hacia los seis u ocho meses, el niño ha interiorizado un primer grado cualitativo de unidad, de percepción de sí mismo. Es una percepción visual, táctil y kinestésica. Todavía no es una representación mental, es una pre-representación. Esto permite al bebé acceder al sentimiento narcisista temprano de te-



ner un cuerpo, lo que llevará a una primera intuición de sí mismo.

Va a determinar la separación progresiva entre su figura de apego y él, y la adquisición de los límites de dentro y fuera, yo y el otro.

Es un momento crucial en el desarrollo psíquico. En nuestro quehacer diario lo observamos a través de las reacciones del niño frente a la separación de su figura de apego, también llamadas conductas de extrañamiento. Es el segundo organizador psíquico del que habla Spitz, "angustia ante el extraño". En realidad es una angustia de separación porque el niño ya se percibe diferente a su madre. Anteriormente se sentía parte indiferenciada de ese otro primordial, formando una diada o unidad dual.

A través de ejemplos de niños que presentan hipotonía vamos a reflexionar sobre la relación tónico-emocional entre la madre y su bebé, la importancia de ésta en el desarrollo posterior del niño y la importancia de la intervención precoz, no sólo por la plasticidad del cerebro en esos momentos, sino también por la dependencia del potencial neurobiológico de la organización psico-afectiva.

El cuerpo es el punto de referencia central de las preocupaciones de la neuropsiquiatría infantil porque es el primer instrumento de la vida emocional y relacional. El desarrollo se gesta de forma global y lo que lo pone en marcha es el vínculo y la mirada. La vida emocional del niño va a dominar, hasta el 6º mes, no sólo el desarrollo de su pensamiento, sino también su desarrollo motor y postural. La primera relación corporal con la madre pone en marcha el dispositivo del desarrollo psico-afectivo, postural, sensoriomotor y del lenguaje y la comunicación.

Por tanto tener en cuenta a la hora de valorar el tono muscular no sólo el aspecto orgánico sino también este otro aspecto emocional y relacional es cuestión prioritaria para la prevención en cuestión de salud mental.

## Bibliografía:

- \* Daniel Siegel: *"La mente en desarrollo"*. Desclé de Brower. 2007
- \* J.L:Gonzalo Marrodán y O. Perez Muga: *"¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo?"* 2011.
- \* Lic. Gustavo Lanza Castelli: *"Teoría del Apego y Mentalización."* 2011.
- \* M.ª José Cantero López y M.ª Josefa Lafuente: *"Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor."* 2010
- \* Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan. *"Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia."* Editorial Gedisa. 2009.
- \* J. de Ajuriaguerra: *"Manual de psiquiatría infantil"* Masson 1973
- \* J.Manzano: *"Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos"* Necodisne 2001
- \* Bernard Aucouturier: *"Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz"* Graó 2004

Blog de interés.

- [www.buenostratos.com](http://www.buenostratos.com)



# Acropustulosis infantil

---

**Macías Pingarrón J.A.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz).

**Villar Galván V.**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz).

**Romero Salguero A.**

Centro de Salud San Vicente - La Roca San Vicente (Badajoz)

## Introducción

La acropustulosis infantil es una erupción recurrente, autolimitada, pruriginosa, con lesiones caracterizadas por vesículas y pústulas de las palmas de las manos y las plantas de los pies que ocurren en niños durante los primeros 2-3 años de la vida.

Los cultivos son negativos y la curación puede requerir un tiempo largo (hasta 2-3 años), por lo que es importante tranquilizar a la familia de la evolución que presentará hasta su curación.

El tratamiento no es específico y está dirigido a mejorar el prurito tan intenso.

## Caso clínico

Lactante de 2 meses, de etnia rumana, que presenta lesiones vesiculopustulosas en extremidades, con intenso prurito, desde el mes de vida. No afectación de otros convivientes. Ante la sospecha inicial de escabiosis, se inicia el tratamiento con permetrina 5% y corticoide tópico, sin mejoría, por lo que se procede a remitir al Servicio de Dermatología con sospecha de acropustulosis infantil.

Debido a la persistencia de los brotes y la reiterada asistencia a urgencias, acaba ingresando a los 4 meses de edad. Se realiza estudio microbiológico por raspado negativo, siendo dado de alta con diagnóstico de eccema impetiginizado. Finalmente es valorado por dermatología a los 5 meses confirmando la sospecha inicial de acropustulosis.

## Conclusiones

La acropustulosis infantil es una dermatosis benigna pero muy molesta. Se presenta en brotes de 7 a 15 días, con remisiones de 2 a 4 semanas. Se acompaña de una secuencia rápida de cambios morfológicos, siendo al principio discretas pápulas eritematosas de 1 a 2 mm, que se convierten a las 24 horas en vesiculopústulas, terminando en costra antes de sanar.



# Síndrome hipotónico-hiporreactivo

**Macías Pingarrón J.A.**

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz).

**Villar Galván V.**

Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz).

**Romero Salguero A.**

Centro de Salud San Vicente - La Roca San Vicente (Badajoz)

## Introducción

El síndrome hipotónico-hiporreactivo se caracteriza por una disminución repentina del tono muscular, hiporreactividad y palidez o cianosis. La mayoría de los casos notificados se producen tras la administración de vacunas con componente antitosferínico.

## Caso clínico

Presento el caso de un niño de 2 meses, de etnia rumana, sin antecedentes de interés, que acude a consulta, tras 2 horas de la administración de la vacuna correspondiente a su edad (DTPa, Hib, IPV, HB y meningococo C) con hipotonía e hiporreactividad de instauración brusca. En el examen presentaba regular estado general, con cianosis y frialdad de las extremidades, así como hipotonía y escasa respuesta a los estímulos. Las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial), la glucemia y la saturación de oxígeno se encontraban en rangos normales.

Se avisa al 112, y a su llegada el lactante presentaba una clara mejoría clínica, con recuperación del tono muscular y reactividad, así como buena perfusión tisular.

Precisó ingreso hospitalario siendo el estudio normal (EEG, ecografía cerebral).

La madre se negó a vacunaciones posteriores.

## Conclusiones

Es un fenómeno infrecuente (4-140 episodios/100.000 dosis) que suele ocurrir después de la administración de la vacuna con un componente an-

titosferínico. Es fundamental que el personal sanitario sepa reconocerlos, sobre todo en las siguientes 48 horas tras vacunación.

No existen investigaciones adicionales (como exámenes de laboratorio) que permitan confirmar el diagnóstico de síndrome hipotónico-hiporreactivo.

Se pueden administrar las siguientes dosis, precisando una observación posterior durante 30 minutos en el centro de salud. Nunca es una contraindicación. No deja secuelas y cabe esperar que en las siguientes dosis no se produzca.



# Incidentaloma en la infancia: todo empezó con una infección del tracto urinario

María Cristina Vicho González; Rosario Espejo Moreno; Vianor Pablo Silvero Enriquez; María Marina Casero Gozález; María Segura González; Teresa Fernández Martínez; María Ledesma Albarrán.  
Hospital Materno Infantil de Badajoz.

## Introducción

Se denomina incidentaloma a todo tumor detectado de forma casual, en ausencia de sintomatología, durante una exploración radiológica practicada por sospecha de cualquier otra patología.

## Caso clínico

Lactante de 2 meses de edad que acude a su pediatra por fiebre sin foco, se realiza tira reactiva de orina detectándose nitritos y leucocitos positivos. Se deriva al hospital de referencia para confirmación de los hallazgos diagnosticándose de infección del tracto urinario febril por *Escherichia coli* que precisó antibioticoterapia intravenosa.

En estudio ecográfico complementario se detecta masa suprarrenal derecha asintomática.

Se realiza estudio de extensión: elevación discreta de dopamina y ácido vanilmandélico en orina. Aumento de la captación a nivel de la masa suprarrenal derecha en la gammagrafía con metayodobencilguanidina (MIBG) sin captación a otro nivel. Resonancia magnética abdominal se objetiva lesión de 23x26x24 mm en suprarrenal derecha.

Ante los hallazgos compatibles con neuroblastoma neonatal localizado se decide seguimiento ecográfico y con determinación de catecolaminas en orina cada 3 semanas.

A los 2 meses del diagnóstico presenta crecimiento ecográfico de la masa por lo que se procede a

intervención quirúrgica con resección completa de la masa. Diagnóstico anatomopatológico de neuroblastoma neonatal con N-Myc ganado no amplificado.

En resonancia magnética post-quirúrgica se detecta masa retroperitoneal derecha que rodea circunferencialmente la vena cava inferior sugestiva de malignidad, acompañado de aumento de la captación de MIBG a ese nivel y enfermedad mínima en aspirado de médula ósea.

Se inicia tratamiento quimioterápico según protocolo LINES de neuroblastoma metastásico, riesgo intermedio grupo 10 con el que se encuentra actualmente.

## Discusión

El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más frecuente en niños, siendo el diagnóstico más frecuente de incidentaloma en edad pediátrica.

Presenta un espectro clínico muy heterogéneo desde masas neonatales asintomáticas, lactantes con estadio metastásico "special" que regresa o neuroblastoma de alto riesgo.



# Masa inguinal en la infancia, más allá de la hernia inguinal

María Cristina Vicho González; Belén Rodríguez Jiménez; Belén de la Vega Castro; Cristina Salas de Miguel; María Rivas Medina; Isaac José Mangas Marín.

Hospital Materno Infantil de Badajoz

## Introducción

Las masas inguinales son una entidad frecuente en pediatría. La hernia inguinal es una de las principales sospechas diagnósticas ante masa de aparición brusca en dicha zona, sin olvidar el resto de estructuras adyacentes, cuyas patologías pueden dar lugar a este tipo de lesión.

## Caso clínico

Niña de 10 años que acude a su pediatra por masa inguinal derecha de horas de evolución.

La paciente refiere bulto en región inguinal derecha de aparición brusca, sin actividad desencadenante. En la exploración se detecta una lesión gomosa dura, parcialmente adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación, algo caliente, de unos 50x30 mm de diámetro, sin otros hallazgos relevantes.

Con la sospecha de hernia inguinal es derivada a su hospital de referencia para valoración por cirugía, quien solicita ecografía inguinal, observándose una masa sólida, polibulada y de bordes bien definidos de 5,8x3,5x3,7 cm hipervascularizada compatible con adenopatía.

Ante los hallazgos se solicita analítica sanguínea, que incluye serologías diversas, sin alteraciones. Se realiza PAAF no concluyente, con celularidad mesenquimal. Resonancia magnética inguinal informada como tumoración de partes blandas en región inguinal derecha, en aparente dependencia músculo pectíneo derecho que contacta aunque sin claros signos de infiltración con estructuras adyacentes. PET-FDG con depósito de FDG en masa inguinal, sin captación a otros niveles.

En informe anatomopatológico de biopsia con trucut guiada por ecografía detecta proliferación neoplásica con predominio de componente fusocelular acompañado de un componente menor con diferenciación epitelial, compatibles con un Sarcoma Sinovial bifásico.

Se inicia tratamiento según protocolo EpSSG NRSTS 2005, con el que se encuentra actualmente.

## Discusión

Los sarcomas de partes blandas representan menos del 1% de todos los tumores malignos, siendo el sarcoma sinovial uno de los más frecuentes. Presenta una supervivencia del 80% aunque puede recurrir localmente o metastatizar en pulmón y ganglios linfáticos.



# Condrometaplasia sinovial

---

Diana Baltaga; Esther Martínez; Antonio Fernández, Cristina Bravo Cañadas.

CS. Plasencia II

**Palabras clave:** bultoma, nódulos calcificados localizados.

**Historia clínica:** Analizamos el caso de un paciente de 10 años , que presenta dos bultomas en zona suprarotuliana e infrarotuliana, blandas, móviles, con tendencia a drenar, de aproximadamente 2 meses de evolución, en ausencia de un traumatismo previo...

**Diagnóstico diferencial:** Bursitis crónica, osteocondromatosis secundaria a artrosis, condrosarcoma sinovial, hemangioma sinovial, lipoma arborescente, necrosis avascular, fracturas extracapsulares, condrometaplasia secundaria.

**Discusión:** La osteocondromatosis sinovial es una afección que se caracteriza por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Es una lesión rara y de etiología benigna, puede ser articular y la extraarticular, con predominio monoarticular.

**Evolución:** El tratamiento será siempre quirúrgico: artrotomía, sinovectomía o la remoción de los cuerpos libres

**Diagnóstico final:** Sinovialoma, entidad infrecuente en la práctica médica que se debe considerar a la hora del diagnóstico diferencial de pacientes con tumoraciones extraarticulares.



# ¿Qué le pasa a las uñas de mi bebé?

Pérez Zambrano, I\*; Fernández León, A\*\* \*

MIR MYFC CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres. \*\* FEA Pediatría CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres.

## Descripción del caso:

Lactante de mes y medio de vida que es llevado a consulta por presentar coloración oscura de la uña del cuarto dedo de la mano izquierda, sin aparente traumatismo previo de una semana de evolución.

Entre sus antecedentes prenatales aparece un embarazo controlado, madre con hipotiroidismo pregestacional tratado con levotiroxina; inmune a rubéola, resto de serologías negativas, Streptococcus agalactiae negativo, urocultivo estéril. Nacido pretérmino en parto eutócico, amniorrexis espontánea tras 8 horas de evolución. Apgar 8/9, sin precisar reanimación. Durante el periodo neonatal TTRN que no precisó soporte respiratorio e ictericia no isoimmune tratada con fototerapia 24h. Screening metabólico y otoemisiones normales. Buen desarrollo, lactancia materna exclusiva.

A la exploración presenta uña hiperqueratósica y amarronada en 4º dedo mano izquierda, no lesiones cutáneas en resto de miembro, no alteraciones de la movilidad, no otras lesiones en resto corporal. Exploración por aparatos sin alteraciones.

Se decide ante dudas diagnósticas realizar raspado de la zona, con diagnóstico microbiológico de *Candida albicans*.

## Diagnóstico diferencial:

Onicomycosis ungueal congénita, líneas de Beau, síndrome uña rótula, chevron o "espinas de pescado", paquioniquia congénita.

## Diagnóstico final:

CANDIDIASIS CONGÉNITA POR *CÁNDIDA ALBICANS*

## Discusión:

Las lesiones micóticas unguales en niños menores a 6 años presentan una prevalencia aproximada de entre 0,5-2,6% de todas las lesiones que afectan a esta zona corporal a edades tempranas. La presencia de otras patologías como traumatismos o uñas distrofas favorecen la aparición de estas lesiones, que normalmente inician su presencia en los pies, con decoloración amarillo-marrón, con edemas periungueal y onicolisis. Siempre que aparecen sería conveniente descartar procesos sintéticos que den lugar a inmunodepresión, como VIH o candidiasis mucocutánea crónica.

## Evolución:

Se pauta tratamiento con Miconazol tópico con excelente evolución y resolución completa de la patología.

## Bibliografía:

- Alteraciones del pelo y de las uñas . J. García Dorado\*, P. Alonso Fraile. Dermatólogo\*. \*\*Medicina Familiar y Comunitaria. Clínica Dermatológica, Salamanca. Pediatr Integral 2016; XX (4): 244-261.
- Alteraciones de las uñas. uñas. J. Peyrí Rey. www.aeped.es
- Bertrand Richert. Nail Disorders in Children Diagnosis and Management. Am J Clin Dermatol 2011; 12 (2): 101-112.



# Suturas apresuradas

Pérez Zambrano, I\*; Martínez Castro, E\*\*.

\*MIR MYFC CS Plasencia II. Plasencia. Cáceres. \*\* FEA Pediatría CS Malpartida de Plasencia. Cáceres.

## Descripción del caso:

Lactante de mes y medio de vida que acude por presentar un crecimiento anormal del cráneo. Al nacimiento ya presentaba cabalgamiento parietal, dolicocefalia y fontanelas a punta de dedo. Se decide derivar a neurocirugía pediátrica para valoración.

Entre sus antecedentes prenatales aparece un embarazo controlado, madre inmune a rubeola, resto de serologías negativas, Streptococcus agalactiae negativo. Nacido a término mediante cesárea anterior por malas condiciones obstétricas. Apgar 10/10, sin precisar reanimación. Buen desarrollo, lactancia mixta desde inicio.

A la exploración física presenta forma craneal escafocefálica severa con alargamiento de diámetro anteroposterior y estrecho lateral, protusión frontal bilateral y occipital severo, palpándose una cresta ósea en toda la sutura sagital.

Se realiza TC craneal donde se visualiza con claridad escafocefalia por lo que se decide intervención quirúrgica precoz.

## Diagnóstico diferencial:

Escafocefalia posicional

## Diagnóstico final:

ESCAFOCEFALIA SEVERA

## Discusión:

Forma más frecuente de deformidad craneal congénita, que suele presentarse de forma esporádica aunque un 6% de los casos se cree que presentan herencia autosómica dominante, la tasa entre gemelos monocigotos asciende al 30%.

Se caracteriza por un alargamiento del diámetro antero-posterior del cráneo, disminución del transversal, pudiendo existir abombamiento frontal y occipital; si la sinóstosis se sitúa central habrá depresión a dicho nivel, situación que hará que la cirugía sea más precoz aún.

No suele asociar alteración en el neurodesarrollo.

## Evolución:

Ante la severidad del cuadro clínico se decide craneosinóstosis monosutural sagital de forma precoz mediante endoscopia sin complicaciones postoperatorias y con buena evolución posterior.

## Bibliografía:

- Neurocirugía contemporánea. <http://neurocirugia-contemporanea.com/doku.php?id=escafocefalia>
- Tratamiento de la craneosinostosis sagital (escafocefalia), por medio de la corrección quirúrgica inmediata J. Esparza Rodríguez, F. Cordobés Tapia, M.J. Muñoz Casado, A. Benítez Alvarez, R. Salván Saez, M.J. Ochotorena Guindo, A. Corrales Romaguer
- Pediatría Integral. Volumen XV Número 9 Nov 2011 Curso V
- Craneosinostosis. Guerrero-Fdez J, Guerrero Vázquez J. Web [PEDiatrica.com](http://PEDiatrica.com).2007



# Malformación vascular en paritorio.

Cristina Salas de Miguel, Eva María Fernández Calderón, María Cristina Vicho,  
María Luisa Moreno Tejero, María Mora Matilla, Lucía Ramiro Mateo.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

Las lesiones vasculares se clasifican según sus características endoteliales, haciendo clara la separación entre las malformaciones y tumores vasculares. Diferencia importante para establecer el mejor plan terapéutico

## Caso clínico

Neonato ingresado desde paritorio para estudio de una placa de coloración eritematoviolácea de consistencia blanda en región glútea, zona externa de muslo y cara interna inguinal, no se palpa pulso. Aumenta el volumen con el decúbito y el llanto. Presenta algún vaso varicoso en zona central.

Se realiza un hemograma que resulta anodino. En la ecografía existe un aumento de flujo vascular, vasos venosos de gran calibre, compatibles con malformación arterio-venosa. En la resonancia magnética en la que se observa numerosas formaciones tubulares de hasta 6 mm de diámetro, con algunos focos de vacío de señal que sugieren flujo lento. No se visualizan estructuras arteriales dilatadas ni componente sólido asociado. No disrrafismo. Compatible con gran malformación vascular que profundiza hasta llegar a los planos musculares subyacentes, a musculatura glútea y a la musculatura paravertebral hasta L2-L3. Se descarta malformaciones abdominales, cardiopatía e insuficiencia cardiaca por robo.

Es valorada por un equipo multidisciplinar en el que intervienen neonatólogos, oncólogos, dermatólogos, cirujanos y radiólogos. La lesión se mantiene estable dos meses después del nacimiento sin ningún otro problema asociado.

## Conclusión

- Es fundamental un buen diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares.
- Un hemograma y una coagulación nos ayudan a detectar situaciones graves como sangrado o síndrome de Kasabach-Merrit
- La resonancia es de elección para valorar la extensión y descartar otras lesiones asociadas como es el disrrafismo en los hemangiomas congénitos.
- El plan terapéutico va desde la abstención hasta tratamientos quirúrgicos más agresivos.
- Buen pronóstico con el tratamiento adecuado



# Corioangioma placentario a propósito de un caso clínico.

---

Cristina Salas de Miguel, María Cristina Vicho González, Fabián Cabezas Segurado, Félix Romero Vivas, Eva María Fernández Calderón, Estela Gil Poch.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

El corioangioma es el tumor benigno placentario más frecuente. Suelen ser de pequeño tamaño y asintomáticos. Si es mayor de 5 cm o se encuentra cercano al sitio de inserción del cordón umbilical pueden asociarse con mayor frecuencia a complicaciones maternofetales, con aumento de la morbi-mortalidad perinatal.

## Caso clínico

Embarazo controlado con ecografías prenatales normales hasta la semana 32, cuando se diagnostica un coriangioma trombosado placentario, que provoca insuficiencia cardiaca congestiva con dilatación de cavidades derechas e hidramnios. En la semana 35 se realiza cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal. APGAR 6/9. Reanimación tipo III. En la exploración inicial destaca la aparición de petequias en tronco, soplo sistólico, poca actividad y llanto débil.

En la ecocardiografía transtorácica neonatal se aprecia una insuficiencia cardiaca con cavidades derechas dilatadas secundaria al coriangioma. Todo ello, junto con varios episodios de anemización aguda llevó a un fracaso cardiaco severo por disfunción sistólica.

Los episodios de trombopenia se acompañaron por un lado de sangrado a varios niveles, entre los que se encontraron el cerebral, presentándose con un deterioro brusco de la consciencia y precisando un drenaje ventricular externo. Por otro lado, provocó hematopoyesis extramedular residual durante la gestación y hemosiderosis, dando lugar a un fallo hepático, elevación de transaminasas e incompetencia para la fabricación del factor V de Leiden. Hallazgos corroborados por anatomía patológica.

## Conclusiones

Los corioangiomas no suelen presentar complicaciones, pero aquellos de gran tamaño actúan como una fístula arterio-venosa, dando lugar a serias complicaciones. En nuestro caso, el neonato presentó una insuficiencia cardiaca sistólica grave, así como una trombopenia neonatal que provocó hemorragias, anemia y fallo hepático con consecuencias sobre la coagulación.



# Pérdida de visión permanente en niña previamente sana

Cristina Salas de Miguel, Cristina Victoria Zarallo Reales, Ana María Grande Tejada, Manuela Delgado Cardoso, María Cristina Vicho González, María Rivas Medina, Vianor Pablo Silvero Enríquez.  
Hospital Materno Infantil, Badajoz

## Introducción

La pérdida de agudeza visual progresiva es un motivo de consulta habitual en atención primaria. El pediatra se valdrá de los optotipos para determinar esta agudeza visual y derivar a oftalmología en el caso que haya disminución de la misma o diferencias significativas entre ambos ojos.

## Caso clínico

Niña de 7 años, previamente sana, que acude a urgencias por pérdida de visión progresiva hasta el día de la consulta cuando únicamente ve luces y sombras. Su madre refiere que se comenzó a quejar de visión borrosa hace ya unos meses por lo que consultaron a su pediatra que comprobó buena agudeza visual utilizando optotipos. Ante el resultado de la prueba, la madre lo atribuyó al deseo de ponerse gafas, sin embargo en las últimas 24 horas la niña se queja intensamente por empeoramiento. No proceso intercurrente, un cachorro de perro en casa bien vacunado.

Ante la pérdida aguda de visión se decide derivación a oftalmología que realiza fondo de ojo y OCT objetivando un desprendimiento exudativo de la retina. Con el juicio clínico de una enfermedad de Coats, se decide intervención quirúrgica. Se cultiva el exudado donde se observa crecimiento de toxocara canis a pesar de una serología negativa en sangre para el mismo.

Se inicia tratamiento oral con prednisona y albendazol 14 días y se sigue en las consultas externas de nuestro centro sin recuperar la visión perdida.

## Conclusiones:

- La pérdida de visión aguda es una urgencia oftalmológica.
- Una anamnesis completa y detallada es fundamental a la hora de orientar el diagnóstico.
- El tratamiento antihelmítico es controvertido aunque parece que este disminuye las recidivas.



# Accidentes infantiles en C.S Plasencia Sur

---

**García Sangrador, D.**

Enfermero Residente ZBS Plasencia II,

**Palomo Béjar, L.**

Enfermera Pediátrica ZBS Plasencia II,

**Sánchez Cuadrado, C.**

Enfermera Pediátrica ZBS Plasencia II,

**Perez Zambrano, I.**

Médico Residente ZBS Plasencia II,

**Expósito Palomo, E.**

Enfermera

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de los distintos tipos de accidentes en la población infantil de la Z.B.S de Plasencia II, para identificar factores de riesgo y su prevención.

**Material y métodos:** Registro numérico de los incidentes atendidos en las consultas de Enfermería Pediátrica mediante encuesta verbal a pacientes y acompañantes durante dos periodos de tiempo (2007-2010 y 2015-2017).

**Resultados:** En cuanto a la edad hay mayor prevalencia en niños mayores de cuatro años, aunque se ha registrado una elevada incidencia en menores de un año.

En cuanto al sexo es mas frecuente en niños. En primavera son mas frecuentes los accidentes, teniendo una mayor incidencia en los últimos tres años.

Los accidentes ocurren mas en el medio urbano, y con mayor frecuencia en el hogar, siendo la mayoría de los accidentes en presencia de los padres.

En cuanto al tipo de accidente predominan los traumatismos (caídas, golpes y mordeduras). Resolviéndose la mayoría de los accidentes sin secuelas.

**Conclusiones:** A pesar de la educación en materia de prevención que se viene desarrollando, se percibe un aumento de los accidentes en los últimos tres años, por lo que habrá que reforzar la educación tanto a padres y cuidadores del niño y la cooperación con otros profesionales (profesores, cuidadores de guardería etc.)



# Intoxicación por monóxido de carbono como causa de síncope de repetición

B. de la Vega Castro, B. Rodríguez Jiménez, T. Fernández Martínez, M. Segura González, R. Espejo Moreno, C. Vicho González.  
Hospital Materno Infantil Badajoz

## Introducción:

El síncope es un motivo frecuente de consulta, estimándose que el 15-25% de los niños y adolescentes experimentarán un episodio antes de llegar a la vida adulta. Las etiologías son múltiple, siendo la más frecuente el síncope neurocardiogenico de comportamiento benigno.

## Caso clínico:

Niña de 9 años en estudio por su pediatra por episodios de mareos y síncope durante el mes de Enero. Refiere episodios de sensación de mareo, con náuseas, cefalea y dolor abdominal de duración prologada y pérdida de conciencia en alguna ocasión. EF normal. Analítica general, estudio cardiológico con ecocardiografía y electrocardiograma normal. Ante la persistencia de la clínica se programa ingreso para completar estudio con EEG y monitorización continua. La noche antes de ingresas acude a urgencias por episodio de sensación de mareo, cefalea y pérdida de conocimiento de segundos de duración. La hermana de 13 años con sintomatología similar sin pérdida de conciencia. Se realiza gasometría capilar detectándose carboxihemoglobina de 28% y 24% en la hermana. SAtO<sub>2</sub> por pulsioximetría 100% en ambas. Se rehistoria a los padres que refieren tener calefacción por gas butano general, no braseros ni chimeneas. Tras 8 horas con oxigenoterapia FiO<sub>2</sub> 100%, descenso de cifras a valores normales.

## Conclusión:

- El CO es la primera causa de intoxicación por gases y supone del 1,5 al 2 % de todas las intoxicaciones infantiles.
- El CO tiene la capacidad de unirse a la hemoglobina con una afinidad de 200 a 250 veces mayor que por el oxígeno, ocasionando su desplazamiento y aparición de hipoxia con saturación de O<sub>2</sub> normal.
- Es importante su sospecha ante mareos y síncope en meses de invierno, e indagar ante la presencia de esta sintomatología en otros convivientes. En la clínica se caracterizan de otros síncope por no presentar instauración rápida y recuperación más lenta, muchas veces incompleta.



# Algo más que la observación en el traumatismo craneal

M. Sánchez Conejero<sup>1</sup>, R. Romero Peguero<sup>2</sup>, F.J. Romero Salas<sup>2</sup>, T. Araujo García<sup>1</sup>, B. Basso Abad<sup>1</sup>, N. Camarena Pavón<sup>1</sup>, M.C. Álvarez Mateo<sup>1</sup>, C. Acosta Hurtado<sup>1</sup>.

Residente de Pediatría del Hospital San Pedro de Álcantara<sup>1</sup>,  
Adjunto de Pediatría del Hospital San Pedro de Álcantara<sup>2</sup>

## Introducción:

Los traumatismos craneoencefálicos son en su mayoría leves y tienen buen pronóstico. Las fracturas de peñasco son una complicación de los mismos el manejo de las mismas en la mayoría de los casos es conservador. Es importante la observación estrecha de las mismas para prevenir complicaciones que, aunque infrecuentes, pueden tener consecuencias fatales.

## Caso clínico:

Niña de 8 años derivada por pediatra de primaria por traumatismo parietotemporal izquierdo tras caída en la piscina con sospecha de fractura en la base del cráneo. La paciente refería leve dolor en la zona donde se había golpeado,

No antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares de hipoacusia en rama materna.

Exploración física: Glasgow 15, exploración neurológica sin signos de focalidad. En otoscopia se observa otorragia del oído izquierdo sin llegar a visualizarse el tímpano. No hematoma, ni deformidad, ni crepitación. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes.

## Pruebas complementarias

- TAC craneal: Fractura longitudinal de peñasco y hemotímpano.
- Audiometría: Hipoacusia de transmisión en oído izquierdo.

**Diagnóstico:** Fractura longitudinal de peñasco sin signos de alarma.

**Evolución:** se realiza interconsulta a otorrinolaringología y a neurocirugía quien decide manejo conservador de la misma y revisión en 3 meses. La paciente fue dada de alta del servicio con tratamiento antibiótico profiláctico por el hemotímpano y observación clínica domiciliaria.

La paciente no presentó complicaciones posteriormente, se constató resolución de la hipoacusia de transmisión por lo que fue dada de alta.

## Conclusión:

- Las fracturas del peñasco se producen entre un 6-22% de todos los traumatismos craneales, normalmente tienen pronóstico bueno y su gravedad depende de las lesiones asociadas
- Hay que diferenciar 2 tipos de fracturas: longitudinales y transversales, cuyas manifestaciones y pronóstico son diferentes.
- Desde atención primaria es importante diferenciar cuales son aquellos síntomas centinelas que nos hagan sospechar alguna complicación en el traumatismo craneal y que por tanto el paciente requiera observación intrahospitalaria o la realización de pruebas complementarias.
- Una vez más cabe destacar la importancia de la evaluación inicial y la exploración física completa de los pacientes.



# Toxicodermias: cuando los fármacos son el problema

Rosario Espejo; M<sup>a</sup> Luz Gutiérrez; M<sup>a</sup> Cristina Vicho; Belén de la Vega; Manuela Delgado.  
Hospital Materno Infantil de Badajoz.

Las toxicodermias son dermatosis causadas por el efecto nocivo de medicamentos. Establecer la relación causal entre la aparición de un exantema y la administración de un fármaco exige un alto índice de sospecha, pero es obligado incorporar la patología inducida por medicamentos dentro del diagnóstico diferencial de enfermedades que cursan con erupción, especialmente si existe compromiso simultáneo cutáneo y mucoso

Se exponen los casos de dos pacientes con reacciones cutáneas secundarias a fármacos con distinta evolución.

Niña de 7 años con antecedente de púrpura de Schölein-Henoch que presenta exantema generalizado de 48h de evolución caracterizado por pápulas sobreelevadas de distribución simétrica con afectación palmo-plantar y enantema reticular en mucosa yugal.

En historia clínica destacaba el inicio de tratamiento con terbinafina oral dos semanas antes por sospecha de tiña capitis. Pruebas complementarias normales, salvo frotis faríngeo positivo a *Streptococcus pyogenes*.

Diagnóstico definitivo de eritema multiforme menor. Evolución favorable con resolución completa del cuadro en una semana.

Niño de 10 años con epilepsia multifocal en tratamiento con ácido valproico, asociando lamotrigina dos semanas antes de iniciar un cuadro consistente en aftas orales y exantema pápulo-vesículo-ampolloso de predominio facial y toracoabdominal con afectación palmo-plantar. Extensión progresiva de las lesiones cutáneas y mucosas con exudación y

descamación que llega a afectar a más de 30% de superficie corporal, precisando ingreso en UCIP.

Diagnóstico definitivo necrólisis epidérmica tóxica. Actualmente, en unidad de quemados de hospital extracomunitario con pronóstico reservado.

Los trastornos mucocutáneos son el efecto adverso farmacológico más frecuente, generalmente leve, con prevalencia desconocida en la infancia. Una adecuada anamnesis y las características y evolución de las lesiones orientaran el diagnóstico, siendo característica la afectación palmo-plantar. El tratamiento, una vez retirado el fármaco sospechoso, es sintomático, manteniendo vigilancia estrecha durante las primeras 48 horas con el fin de detectar criterios de gravedad o evolución a un cuadro de insuficiencia cutánea aguda que requiera medidas más agresivas.





# Lesiones cutáneas como debut de proceso hematológico maligno

María Cristina Vicho González; Belén Rodríguez Jiménez; Belén de la Vega Castro; Cristina Salas de Miguel; María Rivas Medina; Isaac José Mangas Marín  
Hospital Materno Infantil de Badajoz

## Introducción

Las lesiones cutáneas representan hasta un 6% de las consultas en atención primaria, siendo estas más frecuentes en menores de un año. La mayoría de las lesiones son autolimitadas y de carácter benigno pero no hay que olvidar que pueden ser el inicio de una patología sistémica subyacente.

## Caso clínico

Lactante de 5 semanas de edad que acude a su pediatra por lesiones eritematosas-violáceas progresivas, palpables y diseminadas en axila, tronco y extremidades inferiores de 10 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. Ante los hallazgos su pediatra solicita analítica donde destaca 35.000 leucocitos con 49% de blastos en sangre periférica; hemoglobina, plaquetas y coagulación normales; bioquímica sin signos de lisis tumoral al diagnóstico.

Es derivada al hospital de referencia donde tras realizarse aspirado de médula ósea se concluye infiltración por 90% de blastos, siendo el inmunofenotipo compatible con leucemia mieloide aguda M0 con reordenamiento MLL+ en el estudio de citometría.

Se inicia tratamiento según protocolo Sant Jude AML 02 modificado con daunomicina, citarabina y etoposido. Tras primer ciclo de quimioterapia realiza síndrome de lisis tumoral con fallo renal agudo que no respondió a hiperhidratación ni medidas farmacológicas, precisando diálisis peritoneal durante 48 horas.

Enfermedad mínima residual de 0% tras segundo ciclo de inducción. Dado al alto riesgo de estas leucemias, a pesar de la buena respuesta al tratamiento, se procede a trasplante haploidéntico

de progenitores hematopoyéticos de su madre. Actualmente en remisión.

## Discusión

Las leucemias congénitas se define como la leucemia que aparece al nacimiento o en el primer mes de vida, suponiendo <1% de las leucemias en niños.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las derivadas de la hiperleucosis, fallo medular y las cutáneas.

Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con reacciones leucemoides (secundarias a infecciones TORCH, anemia hemolítica), metástasis de euroblastoma o histiocitosis.



# Oblicuidad pélvica congénita

Diana Baltaga; Esther Martínez; M<sup>a</sup> Jesús Irala; Antonia Fernández, Cristina Bravo Cañadas

CS. Plasencia II

**Palabras clave:** pelvis, cadera, oblicuidad, abducción limitada

**Historia clínica:** Presentamos el caso de una lactante de 4 meses, primogénita, que en la revisión de salud presenta en la exploración de caderas una ligera asimetría de los pliegues glúteos, siendo el resto de la exploración normal.

**Diagnóstico diferencial:** displasia congénita de la cadera

**Discusión:** La oblicuidad pélvica congénita (OPC) fue descrita por primera vez por Weissman. Tiene una incidencia alta entre un 1% y un 7,3%. Se presenta con asimetría de los pliegues glúteos, tendencia a mover menos una extremidad inferior de manera espontánea o debido al acortamiento de una extremidad inferior con limitación de la abducción pasiva de la cadera del lado acortado. La OPC se produce por una contractura unilateral de los músculos abductores, glúteos (principalmente el glúteo mediano) y el tensor de la fascia lata, que conduce en el lado contracturado a un descenso de la pelvis y una abducción, flexión y descenso de la extremidad inferior homolateral y en el lado contralateral habrá un ascenso de la hemipelvis y una elevación y aducción de la extremidad inferior correspondiente, siendo esta última la cadera con riesgo de luxación-subluxación o displasia.

**Evolución:** Es importante la interrelación entre Pediatría, Radiología Infantil, Traumatología Infantil y Rehabilitación.

**Diagnóstico final:** contractura en abducción de la cadera es una patología más frecuente que la displasia evolutiva de cadera pero sigue siendo poco conocida y divulgada.

# Nasalkid<sup>®</sup>

## hialurónico 0,2%

### DESCONGESTIONANTE NASAL

Solución salina con ácido hialurónico

*Para niños de todas las edades*



- Frasco de 20 ml con aplicador para su dosificación
- Uso práctico tanto en adultos como en niños
- La forma característica del aplicador permite una cómoda administración tanto en niños como en adultos
- Se puede conservar a temperatura ambiente



## ¿Cómo usar Nasalkid<sup>®</sup>?

1. Introducir el extremo del aplicador en un orificio nasal
2. Pulverizar una o más veces, según sea necesario, presionando hacia abajo el dosificador
3. Repetir la operación en el otro orificio nasal
4. Al finalizar, limpiar con cuidado el extremo del aplicador
5. Una vez abierto el frasco puede utilizarse durante un período máximo de un mes

**FERRING**

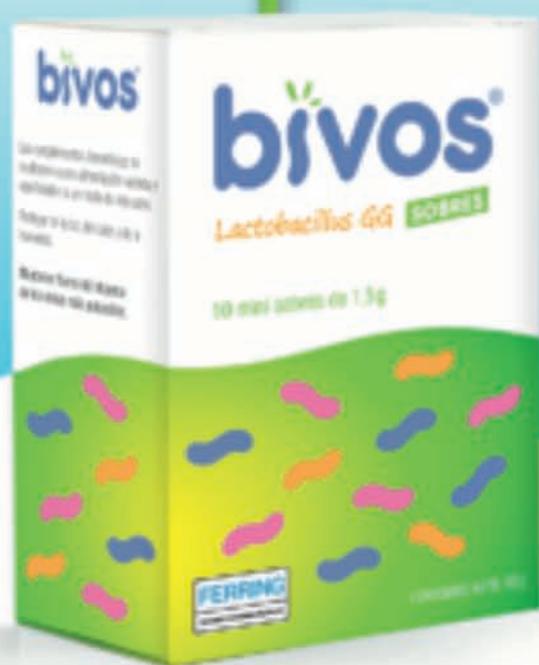
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS



1 sobre en  
**200 ml**  
de agua



1 Sobre  
9 Gotas



AGITAR ANTES  
DE USAR



**FERRING**  
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS