

XI CURSO DE PRIMAVERA

2016



**Libro de publicaciones 2015
de la Sociedad Canaria de Pediatría**

Querido amigo/a

Me es grato presentarte el resumen de este **Libro de Publicaciones 2015** de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife.

Como en años anteriores, queremos hacer visible durante este XI CURSO DE PRIMAVERA de nuestra Sociedad, los artículos científicos publicados en revistas nacionales o internacionales (distintas a **Canarias Pediátrica**), y los libros o capítulos de libros que han sido publicados a lo largo del año 2015 por los miembros de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife.

Creo que es importante que conozcamos lo que se produce a nivel científico por todos los miembros de la Sociedad, y de ahí surgió hace unos años esta iniciativa, que año tras año ha ido consolidándose, hasta alcanzar esta undécima edición.

Sabemos que, aunque en este **Libro de Publicaciones 2015** están reunida buena parte de la producción científica de quienes formamos la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife, aún quedan compañeros que, por distintos motivos, no han enviado sus artículos científicos, por lo que les animamos a que desde hoy mismo vayan recopilando las publicaciones que vayan realizando a lo largo de 2016, para que puedan ser editadas en el Libro de Publicaciones de la Sociedad del año próximo.

En nombre de la Junta Directiva de la Sociedad, agradezco el esfuerzo de todos los coautores de este Libro de Publicaciones 2015 de la Sociedad Canaria de Pediatría.

En Santa Cruz de Tenerife, a 9 de Abril de 2016.

Luis Ortigosa

Presidente de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife



Handwritten signature of Luis Ortigosa in blue ink, with the name 'Luis Ortigosa' written in a cursive script next to it. An arrow points from the signature to the printed name.



Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2015

D. Moreno-Pérez, F.J. Álvarez García, J. Aristegui Fernández, M.J. Cilleruelo Ortega, J.M. Corretger Rauet, N. García Sánchez, A. Hernández Merino, T. Hernández-Sampelayo Matos, M. Merino Moína, L. Ortigosa del Castillo, J. Ruiz-Contreras, en representación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP)

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría actualiza anualmente su calendario de vacunaciones, tras un análisis tanto epidemiológico como de la seguridad, efectividad y eficiencia de las vacunas actuales, incluyendo grados de recomendación. Es el calendario que se estima idóneo actualmente para los niños residentes en España.

En cuanto a las vacunas oficiales incluidas en el calendario común, se recalca la posibilidad de vacunar indistintamente frente a hepatitis B desde el nacimiento o desde los 2 meses; la recomendación de la primera dosis de triple vírica y de varicela a los 12 meses y la segunda a los 2-3 años; la administración de la vacuna DTPa o Tdpa a los 6 años, con refuerzo en la adolescencia; estrategias con Tdpa en embarazadas y con-

vientes del recién nacido, y la inmunización frente al papilomavirus en niñas a los 11-12 años con pauta de 2 dosis (0, 6 meses). Este comité insiste en la vacunación anti-neumocócica universal, tal y como se está llevando a cabo en todos los países de Europa Occidental.

La vacuna frente al meningococo B, autorizada pero bloqueada actualmente en España, presenta un perfil de vacuna sistemática y se reivindica que, al menos, esté disponible en las farmacias comunitarias.

Se propone, igualmente, la disponibilidad pública de las vacunas frente a la varicela, ya que han demostrado ser efectivas y seguras a partir del segundo año de vida. La vacunación frente al rotavirus es recomendable en todos los lactantes. La vacunación antigripal anual y la inmunización frente a la hepatitis A están indicadas en grupos de riesgo.

Invaginación intestinal y vacunas frente a rotavirus: ¿es necesaria una vacuna frente a rotavirus en países industrializados?

Ortigosa del Castillo L.

Evid Pediatr. 2015; 11:21

El rotavirus (RV) es el principal agente causante de diarrea aguda infantil grave en todo el mundo, infectando prácticamente a todos los niños en los primeros 5 años de vida.

La mortalidad en países desarrollados es extremadamente baja, de hecho en España, en el período entre 1999 y 2012 sólo se reportaron 3 defunciones causadas por una infección por RV (1). Datos recientes indican que en España el RV es responsable de entre el 14% y el 30% de todos los ca-

sos de gastroenteritis, y una cuarta parte de ellos requieren hospitalización. También se asocia con una alta utilización de recursos sanitarios (visitas a urgencias y a Atención Primaria). La gastroenteritis por RV cuesta al Sistema Nacional de Salud español 28 millones de euros al año y causa la pérdida de la productividad en dos tercios de los padres (media de 4 días).

La persistencia en la infancia de una alta morbilidad por RV, independientemente de la mejoría de las condiciones higiénicas y sanitarias, sitúa a la vacunación como la única estrategia con posibilidad de impacto en la prevención de la enfermedad.

Por tanto, podríamos concluir que, en el momento actual, el balance riesgo-beneficio sigue siendo favorable a la vacunación frente a RV, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino en países industrializados. Las principales agencias reguladoras y las sociedades científicas (en España, la Asociación Española de Pediatría, por medio de su Comité Asesor de Vacunas) siguen recomendando la vacunación frente a RV a todos los lactantes españoles.



Vacunación frente al meningococo B. Posicionamiento del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría

D. Moreno-Pérez, F.J. Álvarez García, J. Aristegui Fernández, M.J. Cilleruelo Ortega, J.M. Corretger Rauet, N. García Sánchez, A. Hernández Merino, T. Hernández-Sampelayo Matos, M. Merino Moína, L. Ortigosa del Castillo, J. Ruiz-Contreras, en representación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría.

An Pediatr.2015;82:198.e1-9

La enfermedad meningocócica invasora, con sus 2 formas de presentación principales (sepsis y meningitis), es una patología grave y potencialmente mortal, causada por distintos serogrupos de *Neisseria meningitidis*, entre los cuales, actualmente, predomina el serogrupo B en Europa. La mayoría de los casos se producen en la edad pediátrica, con una mortalidad aproximada del 10% y un riesgo de secuelas permanentes del 20-30% entre los supervivientes. Presenta mayor incidencia y letalidad en niños sanos menores de 2-3 años, seguidos de los adolescentes, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

Hasta ahora no se contaba con ningún

arma inmunopreventiva contra el meningococo B. Así, con la llegada a España de la única vacuna actualmente disponible, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) ha analizado detalladamente tanto el potencial preventivo de dicha vacuna, como la situación peculiar administrativa de la misma en España. El objetivo de este documento es informar del posicionamiento del CAV-AEP en relación con la vacuna frente al meningococo B y el acceso a la misma por parte de la población infantil española, teniendo en cuenta que ha sido autorizada exclusivamente para el uso hospitalario en personas de riesgo. En Europa, la vacuna sí está disponible en farmacias, incluso incluida en calendarios oficiales de algunos países o regiones.

Este comité considera que Bexsero® presenta un perfil de vacuna a incluir en todos los calendarios españoles y que debería estar disponible libremente en farmacias para su administración en todos los niños mayores de 2 meses.



Consensus document on the approach to children with allergic reactions after vaccination or allergy to vaccine components

Luis A. Echeverría-Zudaire, Luis Ortigosa-del Castillo, Elena Alonso-Lebrero c, Francisco J. Álvarez-García, Nuria Cortés-Álvarez, Nuria García-Sánchez, Antonio Martorell-Aragónés.

Allergol Immunopathol (Madr). 2015 May-Jun;43:304-25

Vaccinations are one of the main public health tools for the control of vaccine-preventable diseases. If a child is identified as having had an allergic reaction to a vaccine, subsequent immunisations will probably be suspended – with the risks such a decision implies. The incidence of severe allergic reactions is very low, ranging between 0.5 and 1 cases/100,000 doses. Rather than the vaccine antigens as such, the causes of allergic reactions to vaccines are often residual protein components of the manufacturing process such as gelatine or egg, and less commonly yeasts or latex. Most vaccine reactions are mild and circumscribed to the injection site; although in some cases severe anaphylactic reactions can be observed. If an immediate-type allergic reaction is suspected at vaccination, or if a child with allergy to some of the vaccine components is scheduled for vaccination,

a correct diagnosis of the possible allergic process must be made. The usual vaccine components must be known in order to determine whether vaccination can be safely performed.

Obesidad Infantil. Epidemia del siglo XXI

Suárez López de Vergara RG.

Revista Canaria de la Salud, 2015; 29,46-47.

En la revista de divulgación sobre aspectos de salud, de difusión en la Comunidad Autónoma, se describe de un modo sencillo y coloquial las circunstancias que han inducido a la elevación de la prevalencia de la obesidad infantil en las últimas décadas, a la vez que se informa sobre los datos del Estudio ALADINO (ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad) 2011, de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, donde se demostraba la alta prevalencia de obesidad en Canarias. Asimismo desglosa el estudio "ALADINO en Canarias" e informa del descenso de la prevalencia en los últimos años en nuestra Comunidad Canaria. Sin embargo, ello no implica que se deba bajar la guardia, ya que las cifras siguen siendo muy elevadas (44,2% de sobrepeso-obesidad).

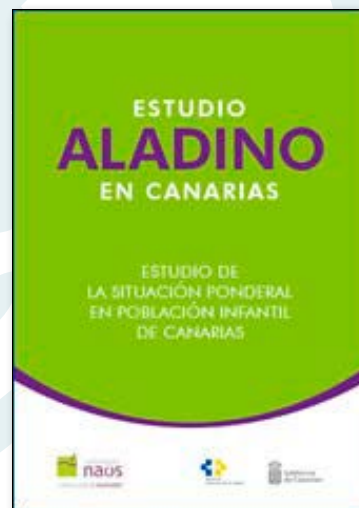


Por ello se hace hincapié en los problemas que la obesidad causa y cómo cada vez, dichas patologías, aparecen más precozmente en los adolescentes con obesidad, lo que debe alertar a la población en general y a las familias en particular. Se trata pues de inducir en las familias el compromiso para educar a los hijos en hábitos de vida saludables que les ayudarán a enfrentarse a los múltiples desafíos a lo largo del ciclo vital.

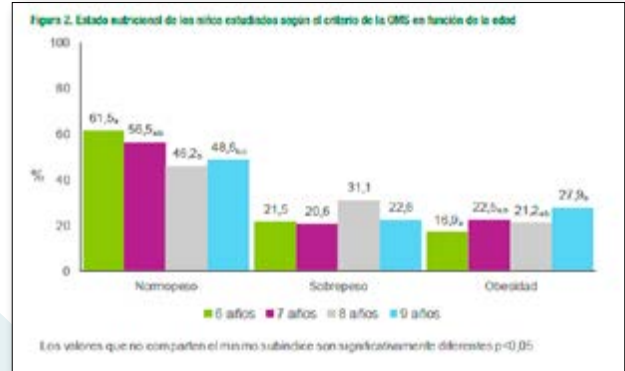
Estudio ALADINO en Canarias

Suárez López de Vergara RG, Díaz Flores Estévez JF, Núñez Gallo D.

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. 2015. Depósito legal: TF 464-2015



El estudio ALADINO (ALimentación, Actividad física, Desarrollo INfantil y Obesidad), se encuentra enmarcado dentro de la Iniciativa COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative), iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la vigilancia de la obesidad infantil en los países europeos, que utiliza la misma metodología, lo que permite comparar los



datos con otras poblaciones europeas. El estudio ALADINO en Canarias es por lo tanto un estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en Canarias. Los resultados de este estudio son representativos de los escolares residentes en nuestra Comunidad Autónoma de Canarias.

Se estudió un colectivo de 1.611 niños (824 niños y 787 niñas) de 6 a 9 años en 32 centros escolares de la Comunidad Autónoma de Canarias, haciendo la predeterminación del tamaño muestral y el muestreo (considerando tamaño de las poblaciones y tipos de colegio para establecer los centros concretos que debían ser objeto de atención) de manera que la muestra objeto de estudio fuera representativa de la población de la Canarias de 6 a 9 años.

La recogida de la información tuvo lugar en los años 2013 y 2014.

Considerando como referencia los datos de la OMS se observa que un 44,2% de los escolares estudiados presentan exceso de peso (sobrepeso + obesidad). Además, se halló un 24,3% de sobrepeso (24,0% de los niños y 24,7% de las niñas) y 19,9% de obesidad (22,2% de los niños y 17,7% de las niñas).

La situación ponderal es diferente en niños y niñas, y cambia con la edad. La prevalencia de obesidad es mayor en los varones, y a partir de los 7 años aumenta el porcentaje de niños y niñas con exceso de peso. También, se observa que hay mayor porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad entre los que dedican más tiempo a actividades

de ocio sedentarias y entre los niños que duermen menos número de horas.

Otros factores que influyen en la obesidad infantil son: mayor peso al nacimiento, el hábito tabáquico de la madre, situación ponderal de sobrepeso y obesidad en los padres y madres y menor nivel socioeconómico familiar.

Los resultados del estudio ALADINO en Canarias ponen de relieve la realidad de nuestra población escolar en relación a la situación ponderal y a su correlación con hábitos de vida, lo que permitirá hacer las correcciones necesarias en prevención, a la vez que cada uno de los factores analizados servirán como indicadores para evaluar la eficacia de las medidas preventivas que se deben llevar a cabo para la prevención del sobrepeso y obesidad.

Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=047ca401-29fd-11e5-bfb0-bdcd7104fbae&idCarpeta=d75b1327-98dd-11e1-9f91-93f3670883b5>

Guía didáctica. II Taller de Alimentación saludable

Suárez López de Vergara RG, Morcillo Rehberger M.

Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud, 2015. Depósito legal TF 447/2014.



El taller de alimentación saludable “En busca de la alimentación perdida” se enmarca dentro del Programa de Intervención para la Prevención de la Obesidad Infantil “Programa PIPO” y el Proyecto DELTA de Educación Nutricional de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. El II Taller destinado para escolares de 2º curso de Educación Primaria (7-8 años), pretende reevaluar los conocimientos que los alumnos han adquirido durante la participación del I Taller “En busca de la alimentación perdida” elaborado para los menores del 1º curso de Educación Primaria (6-7 años), por lo que para realizar este segundo taller es necesario que el alumnado haya realizado previamente el primer taller.



El objetivo del taller es promocionar la alimentación saludable y la actividad física, así tratar de prevenir el sobrepeso y obesidad. Además, se pretende crear hábitos de alimentación en el entorno escolar y su familia, con lo que se está actuado también en la prevención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) cuya prevalencia es un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestra Comunidad Canaria.

Se hace un repaso de la Guía alimentaria de la Pirámide Delta de la alimentación, cuestionando a los participantes sobre ¿cuáles son los alimentos que se deben comer todos los días?



¿Cuáles son los alimentos que se deben comer varias veces a la semana?



¿Cuáles son los alimentos que deben se comer ocasionalmente?



Al mismo tiempo se le aportan una carpeta con el esquema de la pirámide junto con las imágenes de diferentes alimentos, para que las ubiquen en el lugar correspondiente de la Pirámide Delta de alimentación.

Se toman medidas antropométricas del alumnado (peso, talla IMC y perímetro de cintura) para poder valorar su evolución a

los largo de los 4 años de seguimiento de la intervención educativa sobre alimentación y actividad física.

El taller I y el taller II han permitido la intervención educativa en el curso escolar 2014-2015 sobre un total de 890 escolares de la Comunidad Canaria.



Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

Brito González ML, Burgazzoli Samper, JL, Company Sancho MC, De la Nuez Viera F, De la Vega Prieto M, Estupiñán Ramírez M, Suárez López de Vergara RG, Tristancho Ajamil R et al.

Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Marzo 2015. ISBN: 978-84-606-6986-9

La estrategia de abordaje a la cronicidad se enmarca dentro de la estrategia del mismo nombre del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en consonancia con las Estrategias de la OMS para la prevención de la morbi-mortalidad que producen una serie de patologías crónicas, que se están incrementando debido al envejecimiento de la población. En Canarias aún

teniendo una población más joven que la media nacional, el ritmo de envejecimiento es superior.

Al mismo tiempo se aprecia un incremento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en la población canaria debido al incremento de hábitos de vida poco saludables (inadecuada alimentación, inactividad física, tabaquismo y consumo inadecuado de alcohol), que poco a poco se ha instalado como forma de vida en las personas y que son factores de riesgo para la aparición de múltiples enfermedades. Se señala la importancia de la promoción de hábitos de vida saludables desde las primeras etapas de la vida, que perdurarán a lo largo del ciclo vital y actuarán en la prevención de las ENT.

La complejidad del manejo de las personas con patologías crónicas se agrava porque en numerosas ocasiones se asocian varias patologías, lo que dificulta la atención sanitaria.

El documento desarrolla la estrategia que se irá implementando en nuestra Comunidad Canaria para una mejor atención a la cronicidad.



Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

Criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares, cuyo objetivo sea promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física y prevenir la obesidad. Grupo de trabajo de la Estrategia NAOS. AECOSAN. Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. 2015



Se trata de un documento de consenso llevado a cabo entre la AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición) y el grupo de trabajo de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad) de las Con-

sejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (AECOSAN-CCAA), para desarrollar el artículo 40.7 de la Ley 17/2011, Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición. El documento fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de julio de 2015. El documento se encuentra enmarcado en los criterios de la OMS sobre el "Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (2010)", y en el "Plan de Acción para prevenir la obesidad en niños 2014-2020", de la Comisión Europea.

El artículo 40.7 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, indica: "Las escuelas infantiles y los centros escolares serán espacios protegidos de la publicidad. Las campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en los centros, así como el patrocinio de equipos y eventos deportivos en el ámbito académico deberán ser previamente autorizados por las autoridades educativas competentes, de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades sanitarias que tengan por objetivo promover hábitos nutricionales y deportivos saludables y prevenir la obesidad".

Se trabajó todo el contenido del documento con la idea de contemplar el "entorno escolar" como espacio de especial protección de toda forma de publicidad, viene así mismo, siendo promovida por diferentes Instituciones internacionales, en el marco de sus políticas sanitarias, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Comisión Europea.

En este documento de consenso se sientan las bases para tener un criterio uniforme y consensuado para protocolarizar y evaluar las propuestas y proyectos que, en materia de alimentación y actividad física y deporte, se quieran desarrollar en el ámbito escolar. Se ha trabajado la primera parte en relación a la alimentación y actividad física, quedando pendiente el desarrollo del documento específico para las actividades deportivas.

Por tanto, todas aquellas campañas y/o programas destinados a fomentar hábitos de vida saludables sobre alimentación y actividad física u otras actividades complementarias fuera del recinto escolar, que cualquier entidad pública o privada quiera llevar a cabo dentro del entorno escolar, deberán estar autorizadas por la Consejería de Educación y avaladas por la Consejería de Sanidad, y han de seguir unos criterios que se encuentran definidos en el documento así como la presentación de una memoria para la evaluación, para lo cual se establecerá un procedimiento específico que definirá cada CCAA.

Disponibles en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/criterios_autorizacion.pdf
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/subhomes/nutricion/aecosan_nutricion.shtml

Los Derechos del Niño en Atención Primaria

Fernández Guereiro AI, Suárez López de Vergara RG, Iriarte Revuelta S.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. 2015. Dep. Legal TF503/2015

El 20 de noviembre de 1989 fue aprobada por las Naciones Unidas, la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

En 2004 se constituye la Task Force para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los hospitales (Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals, Task Force HPH-CA), cuyos trabajos están encaminados a la promoción y análisis de los Derechos de la Infancia (DI) y la Promoción de la Salud (PS) desde el hospital (2007-2013). La Task force HPH-CA elabora durante ese período de



tiempo, distintas herramientas para la auto-evaluación de los Derechos de la Infancia hospitalizada.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), siguiendo el modelo y herramientas de auto-evaluación de los Derechos del niño hospitalizado, ha incorporado una nueva herramienta para el análisis de los DI en los centros de salud de atención primaria.

La herramienta ha sido elaborada por un

grupo de trabajo internacional, cuyos miembros participaron en su mayoría en las herramientas del análisis de los Derechos del Niño hospitalizado.

Su traducción al castellano se ha realizado por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, para su difusión en los países de habla hispana, a la vez de promover acciones en nuestra propia Comunidad.

Las herramientas están constituidas por 6 documentos:

1. Los Derechos del Niño en Atención Primaria. Manual y Herramientas para su valoración y mejora.
2. Herramienta de Valoración y Mejora para la Dirección.
3. Herramienta de Valoración y Mejora para Profesionales.
4. Herramienta de Valoración y Mejora para Niños entre 6 y 11 años.
5. Herramienta de Valoración y Mejora para Niños y Adolescentes entre 12 y 18 años.
6. Herramienta de Valoración y Mejora para Padres y Cuidadores.

El Manual incluye herramientas de valoración para todos los diferentes grupos implicados como son: los gestores de los servicios de salud, los profesionales de la salud en sus diferentes niveles, los que reciben la atención sanitaria que son los niños-niñas y adolescentes y otras personas implicadas, como son los padres-madres y cuidadores. Los diferentes estándares analizan en su conjunto todos los aspectos del derecho que deben ser atendidos en atención primaria,



para dar un mejor servicio a los menores. Estos documentos constituyen las primeras herramientas para analizar los Derechos del Niño en Atención Primaria a nivel internacional, avaladas por la OMS. También son las primeras herramientas en castellano avaladas por la OMS, que permitirán el análisis de los Derechos del Niño en Atención Primaria de la Salud, en todos los países de habla hispana, con el fin de mejorar la asistencia a la infancia y adolescencia.

Novel mutations associated with nephrogenic diabetes insipidus. A clinical-genetic study

García Castaño A, Pérez de Nanclares G, Madariaga L, Aguirre M, Chocron S, Madrid A, Lafita Tejedor FJ, Gil Campos M, Sánchez Del Pozo J, Ruiz Cano R, Espino M, Gomez Vida JM, Santos F, García Nieto VM, Loza R, Rodríguez LM, Hidalgo Barquero E, Printza N, Camacho JA, Castaño L, Ariceta G; RenalTube Group.

Eur J Pediatr. 2015; 174:1373-1385.

Se trata de un estudio genético en 25 pacientes con diagnóstico clínico de diabetes insípida nefrogénica primaria (NDI), enfermedad hereditaria caracterizada por la incapacidad renal para concentrar la orina. El diagnóstico molecular es una herramienta útil para su diagnóstico.

En este estudio se seleccionaron mutaciones de los genes AVPR2 y AQP2 en una cohorte de 25 pacientes con diagnóstico clínico de NDI. Los pacientes presentaban deshidratación, poliuria-polidipsia, retraso

del crecimiento (media \pm DE; de altura de Z $-1,9 \pm 2,1$ y Z-peso -2.4 ± 1.7), hipernatremia grave (media \pm DE; Na 150 ± 10 mEq / L) y aumento de la osmolaridad del plasma (media \pm DE; 311 ± 18 mOsm / kg). El filtrado glomerular fue normal.

El diagnóstico genético reveló que 24 pacientes eran varones hemocigotos para 17 diferentes mutaciones causantes de enfermedad en el gen AVPR2 (cada uno en una familia diferente). De ellos, nueve mutaciones no se habían publicado antes, y ocho eran recurrentes. Además se encontraron los mismos cambios en AVPR2 en 12 familias que eran portadores heterocigotos. Además, en el caso de una paciente una paciente mujer en la que el estudio del gen AVPR2 resultó ser negativo, se halló una alteración homocigótica en el gen AQP2 (p.Ala86Val)

Conclusión

Este estudio describe 10 nuevas mutaciones asociadas a enfermedad NDI. Se detectó una alta incidencia (50%) de portadores heterocigotos con síntomas de NDI.

Clinical utility gene card for: familial hypomagnesemia with hypercalciuria and nephrocalcinosis with/without severe ocular involvement

Claverie-Martín F, Vargas-Poussou R, Müller D, García-Nieto V.

Eur J Hum Genet 2015 Jun; 23. doi: 10.1038/ejhg.2014.176.

La prevalencia de la Hipomagnesemia familiar con hipercalciuria y nefrocalcinosis (FHHNC) en la población general es desconocida. Se sabe que es un trastorno muy raro, y sólo se conocen alrededor de 131 familias afectadas (178 pacientes).

Hasta ahora, se han descrito alteraciones genéticas en 2 genes diferentes que pueden causar esta enfermedad. Se ha publicado en la literatura la existencia de 73 familias (106 pacientes) con la variante CLDN16 y de 58 familias (72 pacientes) con la variante CLDN19. Sin embargo, es probable que la FHHNC haya sido infra-diagnosticada debido al desconocimiento de este trastorno. Al ser el modo de herencia autosómico recesivo, una proporción significativa de los pacientes afectados por FHHNC aparecen en poblaciones con una mayor frecuencia de matrimonios con-sanguíneos.

En el artículo se explica la importancia de hacer un diagnóstico genético para establecer un diagnóstico preciso y permitir el consejo genético de los pacientes y sus familiares. Es importante que los portadores lo conozcan para su planificación familiar.

Las pruebas genéticas de los familiares también puede ser importantes para la selección de los posibles donantes relacionados en los casos de trasplante renal

Water renal management is altered more frequently than albuminuria in children in the G1 stage of the 2012 KDIGO Guideline

García-Nieto VM, Fortich F, Luis-Yanes MI, Tripodi C, Arango-Sancho P.

Nefrologia 2015; 35:66-71.

Se trata de un estudio transversal ambispectivo para evaluar las historias clínicas de 116 pacientes pediátricos con enfermedad renal y gammagrafía renal patológica (100 en estadio G1 de la enfermedad renal crónica (ERC) según se define en la Guía KDIGO (kidney disease improving global outcomes de 2012 de la fundación National Kidney Foundation) y 16 en los estadios G2-G5 de la ERC).

La conclusión es que los parámetros relacionados con el manejo renal del agua (volumen urinario y osmolaridad urinaria máxima), que no se mencionan en la guía KDIGO se ven afectados con más frecuencia que los que se mencionan, a saber la albuminuria en niños con pérdidas de parénquima renal y el TFG (Tasa de filtración glomerular) normales.

Unilateral renal agenesis. New arguments about the genetic relationship between kidney malformations and urolithiasis

García Nieto V, Huertes Díaz B, Escribano Subias J, Alarcón Alacio MT,

González Rodríguez JD, Cabrera Sevilla JE, Peralta Aros C, Luis Yanes MI.

An Pediatr (Barc) 2015 Dec 5. pii: S1695-403300401-4

Antecedentes

En escasos trabajos previos, se ha comunicado que puede observarse la presencia de hipercalciuria en pacientes portadores de algunos tipos de CAKUT como estenosis pieloureteral, reflujo vesicoureteral o quistes renales simples. Además, se ha descrito una prevalencia mayor de hipercalciuria y/o urolitiasis en los miembros de las familias de esos niños con algunos tipos de CAKUT, en comparación con la población en general. El presente estudio se llevó a cabo para averiguar si los niños con agenesia renal unilateral (ARU) tienen las características descritas anteriormente en otros tipos de CAKUT.

Métodos

En un estudio multicéntrico ambispectivo se determinó la prevalencia de hipercalciuria, hipocitraturia y urolitiasis en 67 niños (43 hombres y 24 mujeres) con ARU y sus familias.

Resultados

En 26 niños (38,8%) se observaron las dos anomalías metabólicas que favorecen la formación de cálculos renales distribuidos de la siguiente manera: hipercalciuria en 16, hipocitraturia en 9 y tanto hipercalciuria como hipocitraturia en 1. Ocho niños (11,9%) padecieron un cólico renal durante el tiempo total de seguimiento. Una historia familiar de litiasis urinaria se encontró en 42/67 de los niños (62,7%): en familiares de primer grado en 12 de ellos, en familiares de segundo grado en 15 y en ambos grados de familiares en los otros 15. En con-

traste, en el grupo de control histórico, solamente en 28,1% de las familias, al menos, un miembro había tenido urolitiasis.

Conclusión

Nuestros resultados muestran que la prevalencia de la hipercalciuria y/o hipocitraturia en pacientes pediátricos con ARU es mayor que en la población general. Asimismo, la prevalencia de urolitiasis en las familias de estos niños es también mayor que en la población general.

Cysteamine (Cystagon®) adherence in patients with cystinosis in Spain: successful in children and a challenge in adolescents and adults

Ariceta G, Lara E, Camacho JA, Oppenheimer F, Vara J, Santos F, Muñoz MA, Cantarell C, Gil Calvo M, Romero R, Valenciano B, García-Nieto V, Sanahuja MJ, Crespo J, Justa ML, Urisarri A, Bedoya R, Bueno A, Daza A, Bravo J, Llamas F, Jiménez Del Cerro LA.

Nephrol Dial Transplant. 2015 Mar;30:475-80

BACKGROUND

Cysteamine has improved survival and prognosis in cystinosis. Increasing numbers of patients reach adulthood and face new challenges such as compliance that wanes over time. The aim of this study was to evaluate adherence to cysteamine treatment in a group of cystinotic patients in Spain in an attempt to identify potential therapy pitfalls

and improve the overall care of affected individuals. Despite the impact of cysteamine on prognosis, there is a paucity of data regarding adherence.

METHOD

Thirty-four cystinotic patients (21 male) 38% ≥ 18 years were enrolled in a voluntary, anonymous survey. Replies were obtained from patients (15/34), mothers (11/34), fathers (4/34) and both parents (4/34).

RESULTS

patient age (median and interquartile range) at diagnosis was 1 year (0.57-1), and patient age at Cystagon® initiation was also 1 year (0.8-1.8). Sixteen (47%) were kidney transplant (KTx) recipients; six were retransplanted. Age at first KTx 10 years (8.7-13.7). Patient understanding of multiorgan involvement in cystinosis: 4.1 organs reported; eye 97% and kidney 91%. Cysteamine was given by mother (100%) and father (83%) in <11 year olds, or self-administered (94%) in ≥ 11 year olds. Four daily doses in 89% versus 56% in <11 year olds or ≥ 11 year olds, with fixed schedule in 94% versus 50% in <11 or ≥ 11 year olds and progressive loss of reminders over time. Furthermore, 44% complained of unpleasant smell. Motivation for treatment compliance was 100% versus 40% in <11 versus ≥ 11 year olds, respectively. Disease impact in patients <18 years is as follows: school (29%), social (14%), 'feeling different' (10%); in patients ≥ 18 years: 'feeling different' (62%), professional (39%) and job absenteeism (31%). Referring physician: paediatric nephrologist (94%) and nephrologist (63%) in <11 versus ≥ 11 year olds. Ophthalmological follow-up: 83% versus 38% in <11 versus ≥ 11 year olds. Patient opinion of physician expertise: paediatric nephrologist (94%) and nephrologist (44%). New treatment options (65%) and better information (42%) were demanded to improve adherence.

CONCLUSION

Treatment with Cystagon is effective in young patients. However, adherence diminishes over time in adolescents and adults despite disease impact. Strategies such as better information on the disease, patient self-care promotion and facilitated transition to adult healthcare services are required to improve compliance and the clinical management of cystinosis.

Distal Renal Tubular Acidosis Screening by Urinary Acidification Testing in Mexican Children

Guerra-Hernández NE, Ordaz-López KV, Escobar-Pérez L, Gómez-Tenorio C, García-Nieto VM.

Rev Invest Clin. 2015 May-Jun;67:191-8.

BACKGROUND

Primary distal renal tubular acidosis is a clinical disorder characterized by hyperchloremic metabolic acidosis, hypercalciuria, hypocitraturia, urinary acidification impairment, hypokalemia, metabolic bone disease, and nephrocalcinosis. Urinary acidification ability may be evaluated by an acidification test or maximum urinary pCO₂ assessment with alkaline urine. The maximum urinary pCO₂ test using acetazolamide and sodium bicarbonate is an easy test to confirm the lack of urine acidification in distal renal tubular acidosis in children.

OBJECTIVE: To determine the urinary acidification ability using the maximum urinary pCO₂ assessment in a group of children

with a distal renal tubular acidosis diagnosis.

MATERIAL AND METHODS

Thirty children were evaluated (13 males and 17 females); 23 children had been diagnosed with distal renal tubular acidosis by other physicians and were under alkali treatment with potassium and sodium citrates (21) and bicarbonate (2), and five children were not under alkali treatment. Two children had been diagnosed with primary distal renal tubular acidosis by our medical group. The maximum urinary pCO₂ was determined by the oral intake of acetazolamide and sodium bicarbonate.

RESULTS

Two cases with primary distal renal tubular acidosis were found, and they had a history of dehydration episodes during infancy and showed hyperchloremic metabolic acidosis with hypokalemia. They also exhibited urine acidification impairment with furosemide and reduced urinary pCO₂ (< 60 mmHg), and the urine-blood pCO₂ gradient was reduced in both cases (< 30 mmHg). One of them developed bilateral sensorineural deafness, while the other showed severe hypocitraturia. One case of proximal or type 2 renal tubular acidosis with hyperaminoaciduria was identified. Twenty-eight children displayed normal urinary acidification and did not show signs of distal renal tubular acidosis.

CONCLUSIONS

The urinary acidification test with furosemide and urinary pCO₂ assessment are reliable tests to identify the renal excretion of hydrogen ions (H⁺) and allow confirmation of the lack of urine acidification in distal renal tubular acidosis.

Child with genital injuries on returning from Ghana

Dueñas Disotuar Y, Montesdeoca Melián A, Lecuona Fernández M, Moleiro Bilbao A.

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015 Dec;33:690-1

Se trata de un paciente procedente de Ghana (donde fue a hacerse la circuncisión) con un cuadro febril y adenopatías que resultó ser una tuberculosis de adquisición cutánea. Un caso muy poco frecuente.



Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge

Yunior Dueñas Disotuar, Mercedes Murray Hurtado, Belén Rubio Morell, Hima S Murjani Bharwani, Alejandro Jiménez Sosa.

Nutr Hosp. 2015 Nov 1;32:2091-7.

Objetivos

determinar las características de los pacientes en edad pediátrica afectados de trastornos de la conducta alimentaria que requi-

rieron ingreso en el Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

Material y método

se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes pediátricos diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria e ingresados en planta de hospitalización pediátrica durante los últimos siete años.

Resultados

De los 35 pacientes de la muestra, un 85,7% fueron mujeres, con una edad media al debut de 13,5 años. En el 77,1% de los casos el diagnóstico principal fue el de anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Las alteraciones analíticas más frecuentes detectadas en el momento del ingreso consistieron en descenso de los niveles plasmáticos de proteína fijadora del retinol (RBP), presente en el 57,6% de los casos, e hipovitaminosis D, que en esta muestra estaba presente en el 46,9% de los casos. Se requirió el uso de suplementos hipercalóricos en el 71,4% de los pacientes durante la hospitalización. La ganancia ponderal media durante la estancia fue mayor cuanto menor era el índice de masa corporal (IMC) al ingreso ($p = 0,006$).

Conclusiones

los TCA son enfermedades con incidencia creciente en la edad pediátrica. La pubertad constituye un momento de especial vulnerabilidad para el desarrollo de los TCA (así como de complicaciones médicas secundarias a la desnutrición). En muchos casos el ingreso hospitalario constituye una herramienta necesaria para un correcto manejo, instaurándose las medidas de control necesarias para la recuperación ponderal, la prevención de complicaciones del soporte nutricional y el abordaje de la psicopatología subyacente. El diagnóstico

y tratamiento precoz resultan cruciales para evitar una excesiva pérdida ponderal y mayor incidencia de complicaciones.

La difteria, una enfermedad que se pensaba olvidada

Ortigosa, Luis.

Revista Canaria de la Salud, nº 34. Septiembre de 2015:39-40

La difteria puede considerarse hoy como una enfermedad que, por fortuna, es conocida porque está incluida en los Calendarios Sistemáticos de Vacunaciones. En España, todos los niños comienzan a recibir vacunas frente a la difteria a partir de los dos meses de edad, con revacunaciones a los 4, 6 y 18 meses, y nuevas dosis de refuerzo a los 6 y 14 años.

Hace apenas unos siglos, cuando no existían vacunas, la situación era muy distinta. En aquella época, si eras un niño, la difteria era una de las principales causas de muerte. Las últimas décadas del siglo XIX presentaron una terrible carga de enfermedad debida a la difteria, que se convirtió en aquellos años en una de las primeras causas de enfermedad y muerte de los niños en países europeos. En España se contabilizaron un total de 80.879 defunciones debidas a la difteria entre los años 1880 y 1885, la mayor parte de ellas en niños.

Hoy en día esta grave enfermedad es una gran desconocida para los pediatras y médicos jóvenes, que probablemente nunca habrán visto un caso de difteria, y para la gran mayoría de la población de nuestro país, gracias a la implantación de los Calendarios Vacunación Infantil.

Pero lo que es cierto, con argumentos basados en la evidencia científica, es que des-

de la introducción de la vacuna antidiftérica, y sobre todo desde su universalización en los calendarios sistemáticos de vacunación infantil, la difteria ha desaparecido prácticamente en los países desarrollados, en los que solo se detectan algunos esporádicos casos importados (como ha sucedido recientemente en España) o pequeños brotes en poblaciones marginales.

Difteria. Reflexiones en torno al último caso registrado en España

Luis Ortigosa.

Médico Adjunto. Servicio de Pediatría.HUNSC. Hospital Universitario Ntra Sra de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Miembro del Comité Asesor de Vacunas del Gobierno de Canarias y de la Asociación Española de Pediatría.



El día 8 de Enero de 1862 se publicó en la revista El Siglo Médico un artículo titulado “Accidentes graves observados después de una traqueotomía motivada por el croup”. En dicho trabajo científico se relata un caso clínico de difteria respiratoria grave, en una niña de 9 años, del Puerto de la Orotava (Tenerife), afectada de difteria, a la

que hubo que practicar una traqueotomía de urgencia, con graves complicaciones. Esa niña sobrevivió milagrosamente a esta enfermedad, que en aquellos años era una de las principales causas de muerte entre miles de niños y adolescentes en países europeos.

Hace tan sólo unas semanas, el día 28 de Mayo de 2015 ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil Vall d' Hebrón de Barcelona un niño catalán de 6 años de edad, Pau, gravemente enfermo de difteria, y frente a la que existe una vacuna muy eficaz. Pero este niño no había sido vacunado, porque sus padres habían tomado esa decisión unos años antes, siguiendo las recomendaciones de los movimientos antivacunas.

La vigilancia de la difteria se estableció en España en el año 1901, pero sólo disponemos de datos de notificación desde 1940. La introducción sistemática de la vacuna contra la difteria en el año 1965 produjo un descenso muy importante en la incidencia de esta enfermedad. Hacía casi tres décadas que no se notificaba ningún caso de esta enfermedad en nuestro país. El último caso de difteria en España se había comunicado en el año 1986. Pero desafortunadamente, esta enfermedad, que estaba perfectamente controlada, ha reemergido durante estos días en España, con un solo caso por ahora, debido a la inconsciencia de los mensajes de grupos contrarios a la vacunación, que sin ningún rigor científico, difunden mitos y creencias entre la población, poniendo en duda las ventajas de la vacunación, y haciendo que padres desinformados adopten decisiones que perjudican gravemente el derecho de sus hijos a estar correctamente vacunados.

Es muy triste comprobar, en pleno siglo XXI, cómo, a pesar de que la vacunación infantil, junto a la potabilización del agua, ha demostrado ser una de las acciones preventivas con mayor impacto en la disminución de la mortalidad y en el crecimiento de la población, y una de las medidas más efica-

ces de todos los tiempos para salvar vidas y evitar sufrimientos, empiezan a aparecer en nuestro medio noticias y creencias que ponen en duda la eficacia de las vacunas, y empiezan a proliferar mensajes de grupos antivacunas que intentan echar por tierra el éxito y el esfuerzo de tantos años de trabajo para eliminar y erradicar enfermedades que pueden producir muertes o dejar graves secuelas en los niños que las padecen.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Rodríguez Hernández PJ, González González I, Gutiérrez Sola AM.

Pediatría Integral 2015; 19:540-546.

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo frecuente en la edad pediátrica. Sus síntomas cardinales involucran a la atención y/o la impulsividad y/o la hiperactividad. El grado en el que están presentes esos tres síntomas conforman los distintos subtipos de TDAH. El desajuste social, personal y/o familiar, así como el escolar, son necesarios para su tipificación y dependerá, entre otros factores, de la severidad sintomática y la detección y abordaje tempranos del trastorno. La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la morbilidad. Existen distintas alternativas terapéuticas con efectividad elevada. El presente artículo desarrolla las bases teóricas y prácticas necesarias para un adecuado enfoque del TDAH y analiza las distintas opciones terapéuticas existentes.

Knowledge of Asthma in School Teachers in Nine Spanish Cities

Ángel López-Silvarrey Varela, MD, PhD, Santiago Rueda Esteban, MD, PhD, Sonia Pertega Diaz, MD, PhD, Javier Korta Murua, MD, PhD, Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva, MD, PhD, José Sánchez Jiménez, MD, PhD, María Isabel Ubeda Sansano, MD, PhD, Juan José Morell Bernabé, PhD, Bárbara Iglesias López, Máximo Martínez Gómez, MD, PhD, and Juana María Román Pinana, MD, PhD, on behalf of the EACEE Investigator Group.

Pediatr Pulmonol. 2015 Dec 31. doi: 10.1002/ppul.23363

Se analiza en este trabajo el conocimiento del asma y su manejo en España, en profesores de la escuela primaria y secundaria utilizando el Cuestionario Asma Newcastle (NAKQ). Diseño: Estudio descriptivo y observacional de prevalencia, utilizando un cuestionario de auto-informe sobre el conocimiento acerca de la infancia asma y su gestión por los profesores en la enseñanza preescolar, primaria y secundaria en las escuelas de 9 ciudades españolas. Se recogieron por cada profesor: Edad, sexo, formación académica, experiencia en la enseñanza, cursos en los que enseñan, y la historia personal y familiar de asma. Para medir el conocimiento sobre asma se utilizó la versión española validada del cuestionario NAKQ.

Conclusiones

Los profesores tienen un bajo nivel de conocimiento sobre el asma, con una limitación importante en algunos aspectos de la enfermedad. Deben ser entrenados para reconocer los principales síntomas de la enfermedad, sobre cómo actuar en caso de

los síntomas y la detección precoz de situaciones en las que los alumnos requieren de atención médica. Aunque Las características de los centros y los profesores muestran diferencias entre las áreas de estudio: ciudades y Regiones Autónomas de diferentes tamaños y características, y con una relación rural / urbano diferente, el nivel de conocimiento fue extrapolable en todas.

Quality of life in caregivers of children with asthma: Validity and reliability of the IFABI-R questionnaire

A. Cano-Garcinunoa, D. Forn-Serrallonga b, I. Mora-Gandarillas c, A. Bercedo-Sanz d, M.T. Callén-Blecua e, J.A. Castillo-Laitaf, I. Casares-Alonsog, E. Tauler-Toro h, L.M. Alonso-Bernardoj, Á. García-Merinoj, I. Moneo-Hernández k, O. Cortés-Ricol, I. Carvajal-Uruena ~ i, J.J. Morell-Bernabé m, I. Martín-Ibáñez ~ n, C.R. Rodríguez-Fernández-Oliva o, M.T. Asensi-Monzó p, C. Fernández-Carazo q, J. Murcia-Garcíar, C. Durán-Iglesias s, J.L. Montón-Álvarez t, B. Domínguez-Aurrecochea u, M. Praena-Crespoa CS Villamuriel de Cerrato.

Allergol Immunopathol (Madr). 2016 Mar-Apr;44:131-7

El Impacto de la familia de la Infancia Asma Bronquial (IFANI-R) es un cuestionario desarrollado recientemente. Para facilitar la evaluación de la calidad de vida de los padres relacionadas con el asma " / cuidadores. Se realizó este estudio multicéntrico desde Pediatría De Atención Primaria, en los padres / principales cuidadores de 462 niños entre 4 y 14 años de edad con ac-

tivos asma. IFABI-R se administró en dos ocasiones diferentes y se midieron una serie de otras variables relacionadas con la calidad de vida de los padres / cuidadores: percepción de los síntomas de asma de control del niño asma, funcionamiento familiar, y los padres / cuidadores en el niño. Se identificó mínimo cambio importante en la puntuación IFABI-R. se llegó a la conclusión de que IFABI-R es un instrumento fiable y válido para estudiar la calidad de vida de los padres / cuidadores de los niños con asma.

Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el niño y adolescente. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-1)

Cortés Rico O, Rodríguez Fernández Oliva C, Castillo Laita JA, y Grupo de Vías Respiratorias

Disponible en: <http://www.respirar.org/grupo-viasrespiratorias/protocolos>

Estas publicaciones son la actualización del documento del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría con la revisión de las publicaciones y guías de los últimos 5 años, relativas al manejo de la Crisis de Asma desde Atención primaria. Tiene dos versiones de documento de revisión completo y guía rápida para manejo diario.

Abordaje nutricional en niña con desnutrición proteico-calórica grave y posible síndrome de Brown-Vialetto-Van Laere

Murray Hurtado M, González Barrios D, Armas Ramos H.

Experiencias en Nutrición. Gastroenterología Pediátrica. Enero 2015.

Dolor abdominal crónico y recurrente. Infección por Helicobacter pylori

A. Hernández Hernández, M. Monge Zamorano, C. Quintana Herrero

Pediatría Integral vol XIX nº 1: 33-51.

Los autores hacemos una revisión y repaso del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dos patologías abdominales muy frecuentes en la consulta de pediatría: una el dolor abdominal crónico y otra la infección de H. Pilory.

Microbiota, prebióticos, probióticos y simbióticos.

A. Hernández Hernández

Pediatría integral vol XIX nº 5:333-355.

Los autores hacemos una revisión intensiva de la la colonización intestinal de la micro-

biota, su composición, distribución, sus intrincadas relaciones con el hospedador, las funciones metabólica de barrera y de modulación inmunológicas. Así como el uso de prebióticos, probióticos y simbióticos como agentes bioterapéuticos capaces de modificar la evolución de algunas enfermedades.

Unilateral or Bilateral, That's the Question.

Modesto i Alapont V, Medina A, Perez-Baena L, Pons-Òdena M.

Pediatr Crit Care Med. 2015 Nov;16:899-900

Pressure-regulated volume control versus volume control ventilation in severely obstructed patients

Medina A, Modesto-Alapont V, Del Villar Guerra P, Redal MR, Cambra AM, Rey C, Perez-Baena L.

Med Intensiva. 2015 Sep 18. pii: S0210-569100170-9

Therapeutic plasma exchange in acute disseminated encephalomyelitis in children

Borras-Novell C, García Rey E, Perez Baena LF, Jordan Garcia I, Catella Cahiz D, Cambra F. J Clin Apher.

2015 Dec;30:335-9

Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) is an inflammatory demyelinating disease of the central nervous system that is probably due to an autoimmune mechanism with an acute presentation and a monophasic course. The management of patients with ADEM is based on supportive therapy, corticosteroids, and intravenous immunoglobulin, and in selected cases, with therapeutic plasma exchange (TPE). The aim of our study is to evaluate the efficacy of TPE, as adjuvant therapy in pediatric patients with ADEM. We retrospectively reviewed the medical records of children with the diagnosis of ADEM between 2009 and 2011 to which TPE was indicated and were admitted in the ICU of Hospital Sant Joan de Deu (Spain). The diagnosis of ADEM was made by clinical and laboratory criteria and by the presence of compatible lesions on cranio-spinal Magnetic Resonance Imaging (MRI). For signaling TPE, we followed the guidelines established by the American Association of Apheresis (ASFA) in 2010. Five cases were identified. The predominant neurological symptoms in our patients were: altered level of consciousness, seizures, motor deficits, cranial nerve disorders, and aphasia. Most important demyelinating lesions were located in cortical and subcortical white matter of the brain and highlighted brainstem. Patients performed between 4 and 5 sessions, with

no reported side effects. Progressive clinical improvement was evident in all patients, with good neurosensory response to stimulation, cessation of seizures, and recovery of limb mobility. Nowadays, one patient's right paresis persists and another suffers epileptic seizures. None of the cases in our series presented new episodes of demyelination. Due to the suggested immune-mediated pathogenesis of ADEM, treatment is based on immunomodulatory agents, being glucocorticoids the most important ones. The treatment can be complemented with intravenous immunoglobulin and plasmapheresis.

Available data suggests that plasma exchange is beneficial in children with ADEM who fail these treatments. The good tolerance of the procedure without adverse reactions and the progressive neurological improvement detected in the reviewed cases suggest that the use of TPE in pediatric patients is a good therapeutic option when performed in an experienced center.



El tratamiento farmacológico. Moléculas y galénicas al alcance del pediatra de Atención Primaria. Consejos prácticos

Criado Gutiérrez I, Rodríguez Hernández PJ en: TDAH en el niño Madrid: IMC; 2015. P. 65-73.

El abordaje terapéutico del TDAH debe ser multimodal. El tratamiento multimodal incluye intervención farmacológica e intervención no farmacológica o psicosocial (se hablará más extensamente en el siguiente Capítulo) que abarca psicoeducación, manejo conductual, apoyo a los padres, así como apoyo escolar. Los objetivos del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad van enfocados a disminuir los síntomas nucleares como son la hiperactividad-impulsividad e inatención y comorbilidad psiquiátrica. La decisión de iniciar tratamiento farmacológico debe ser individualizada, valorando el beneficio para el paciente. Debe iniciarlo un médico con experiencia en el tratamiento del TDAH y sus comorbilidades, realizar seguimiento y monitorización periódica de los beneficios y posibles efectos adversos.

Tratamiento no farmacológico y adyuvantes terapéuticos

Giménez Donoso S, Rodríguez Hernández En: TDAH en el niño PJ.. Madrid: IMC; 2015. P. 75-83.

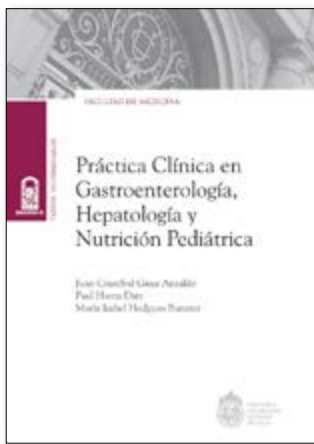
El tratamiento farmacológico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha demostrado una efectividad y seguridad elevadas. Sin embargo, existen otras modalidades de intervención que son de gran utilidad, especialmente cuando se utilizan de manera conjunta. Como veremos en la resolución del escenario, la medicación es una parte muy importante del tratamiento. Sin embargo, la evidencia indica que cuando se utiliza de manera conjunta con estrategias de intervención no farmacológicas, los resultados terapéuticos mejoran.

Los tratamientos no farmacológicos que han demostrado su efectividad en el tratamiento del TDAH son la Psicoeducación y el Entrenamiento para padres y profesores en Técnicas de Modificación de Conducta (TMC). Otros tratamientos útiles según el caso son Manejo de Contingencias, entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y el apoyo académico.

Enfermedad Celíaca en niños y adolescentes

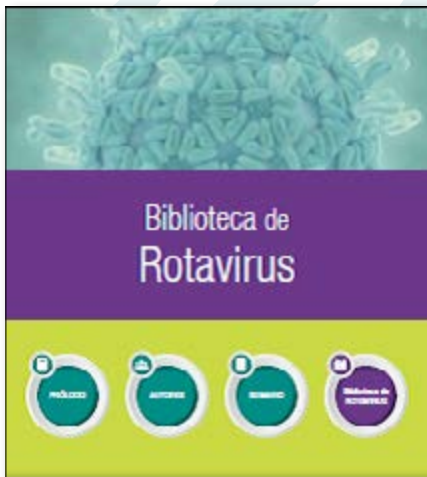
Capítulo 4, páginas 59-75. Luis Ortigosa.

En "PRÁCTICA CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA". Gana A, Harris P, Hodgson MI editores. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.2015



LIBRO: BIBLIOTECA DE ROTAVIRUS

Editores: **Francisco Álvarez García, Dr. Luis Ortigosa del Castillo, Dra. Enriqueta Román Riechmann.** Ed 2015. Sanofi Pasteur MSD.



Capítulo de libro: "Manual práctico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica. Capítulo 4: Manifestaciones extraintestinales y enfermedades asociadas."

L Ortigosa del Castillo y JR Alberto Alonso. Editorial Ergon, 2015, págs 29-45.



Aproximadamente un 20% de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) debutarán antes de los 20 años. Muchos de estos pacientes (6%) pueden presentar manifestaciones extraintestinales (MEIs), antes del diagnóstico en algunos casos, y en el plazo de unos 15 años a partir del diagnóstico, en otros casos (29%) Aunque las MEIs pueden afectar a casi todos los órganos y sistemas, los órganos más frecuentemente afectados, en niños y adolescentes con EII, son las articulaciones, la piel y mucosas, los ojos y las vías hepatobiliares. Antes del diagnóstico de la EII se presentan con mayor frecuencia la estomatitis aftosa y las artritis, y la osteopenia/osteoporosis, después del diagnóstico La afectación extraintestinal en la EII de-

pende de diversos factores, y en ocasiones no es fácil distinguir la afectación sistémica primaria de las complicaciones extraintestinales propias de la enfermedad, como parte de la inflamación crónica de la EII, y/o por los efectos secundarios de los fármacos utilizados en el tratamiento

El retraso en el crecimiento es más frecuente en la Enfermedad de Crohn (EC) que en la Colitis Ulcerosa (CU). La malnutrición crónica se considera un factor patogénico primario, por una disminución en la ingesta o por la malabsorción de nutrientes o una enteropatía pierde-proteínas.

El retraso del crecimiento, la pérdida de peso y la anemia, pueden ser manifestaciones asociadas a la EII, pudiendo estar presentes meses, e incluso años, antes del diagnóstico de la enfermedad, siendo signos de alarma que deben hacer pensar en EII. Su falta de percepción puede llevar a un retraso en el diagnóstico, con las complicaciones y secuelas que ello comporta.

GUÍA TERAPÉUTICA EN INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. 6ª EDICIÓN. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Sant Joan de Deu”

Antonio Palomeque, Fco José Cambra, Carme Alejandre, Mónica Balaguer, Josep Caritg, Elisabeth Esteban, Aida Felipe, Llúisa Hernández, Iolanda Jordan, L. Pérez Baena, Martí Pons, Luciana Rodríguez, Susana Segura, David Vila.. 2015 editorial Ergón.



Non-invasive ventilation in acute pediatric disease

Gili T., Medina A., Pons-Ódena M., Mayordomo-Colunga J., Pérez Baena L. (2015). En Non-Invasive Ventilation in Pediatrics 3era ed (pp. 89-96). Madrid: Ergon.