



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE POR CAÍDA ACCIDENTAL

MC. Surribas Murillo (1), C. Acosta Hurtado (2), N. Camarena Pavón (2),
C. Álvarez Mateos (2), A. González García (2)
(1) Centro de Salud Mérida Norte
(2) Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

ANTECEDENTES

El hematoma epidural en niños es una complicación infrecuente (1-3%) de los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Es más frecuente en varones como el resto de accidentes infantiles. Las causas principales son los traumatismos de bajo impacto en niños pequeños y los accidentes de tráfico en mayores. El diagnóstico precoz con TAC craneal implica mejor pronóstico. La prevención de accidentes infantiles es un objetivo de la Atención Primaria.

CASO CLÍNICO

Niño de 26 meses, de familia con nivel sociocultural medio-alto, con antecedente de meningitis neumocócica (23 meses), que acudió a urgencias por caída accidental desde 1m (trona) en su domicilio en la hora previa. Inicialmente presentaba llanto intenso y un vómito, posteriormente somnolencia.

Exploración a su llegada con regular estado general, Glasgow (GSC) 7, pupilas anisocóricas (midriasis izquierda) e hipotonía generalizada. Se estabilizó y se realizó TAC craneal: hematoma epidural tempo-

roparietal derecho con desplazamiento de línea media de 10 mm y fractura temporal.

El hematoma se drenó urgentemente por Neurocirugía y se trasladó a UCI pediátrica. En el TAC de control se observa resolución del sangrado. Posteriormente presentó hemiparesia izquierda. En RMN craneal se objetivó lesión axonal difusa leve. Actualmente está en tratamiento con levetiracetam y rehabilitación con recuperación progresiva de la hemiparesia.

COMENTARIO

Tras un TCE el estado neurológico a la llegada (GSC<8) y la presencia de lesiones intracraneales son predictores de mal pronóstico, aunque si se realiza un tratamiento precoz las secuelas se minimizan. En este caso el antecedente de meningitis pudo ser un factor predisponente para mayor gravedad del cuadro. El consejo sobre prevención de accidentes debe ser universal, dirigido según la edad del niño, haciendo hincapié en grupos de riesgo social.

EXPERIENCIA EN SALUD BUCODENTAL

MC. Surribas Murillo. A.L. Tully Quinn.
Centro de Salud Mérida Norte.

OBJETIVOS

Conocer hábitos de alimentación, higiene bucodental y frecuentación del odontólogo en un grupo de niños de nuestra zona sanitaria de Mérida Norte, su relación con la incidencia de caries y la efectividad de la educación en salud bucodental grupal.

MÉTODO

Estudio cuasiexperimental postintervención realizado en 106 escolares de 2 colegios rurales del área. Se estudió la situación preintervención mediante encuestas: 43 en niños de 5 años (2010), 49 en niños de 6 años (2009) y 14 en niños de 7 años (2008). Se impartió una charla de salud bucodental y al año se analizó la situación en las cohortes de nacidos en 2009 y 2010.

RESULTADOS

Preintervención un 63% se cepillaban a diario al menos 1 vez. Consumían chucherías a diario un 15% y sólo los fines de semana un 50%. Habían

acudido alguna vez al odontólogo el 25% con 5 años, el 72% con 6 años y el 100% con 7 años. Habían tenido caries que supieran el 7% de los niños de 5 años, el 37% de 6 años y el 57% de 7 años.

Postintervención mejoró el dato de cepillado a diario al menos 1 vez (73%). Bajó el consumo de chucherías: a diario un 1,5% y sólo los fines de semana un 41%. Habían acudido al odontólogo el 58% de los niños de 6 años y el 95% de 7 años. Habían tenido caries que supieran el 12% de los niños de 6 años y el 62% de los niños de 7 años.

CONCLUSIONES

Se observa relación entre determinados hábitos de alimentación e higiene y la caries. La educación para la salud en la etapa de educación infantil es fundamental para adquirir unos hábitos de vida saludable: en nuestro estudio encontramos varios resultados positivos de la intervención educativa.



CASO CLÍNICO: NEONATO CON BULTOMAS EN AXILAS E INGLES, ¿QUÉ MÁS PENSAR?

Carlota Espejo Díaz, Raquel Plácido Paías, Javier García Vázquez, Virginia Vaquerizo Vaquerizo, María Jesús González Carracedo.
Hospital de Mérida, Servicio de Pediatría.

Enfermedad Actual

Neonato 16 días derivado por apreciarle su pediatra en revisión rutinaria 3 bultomas axilares y 2 inguinales, que impresionan de adenitis/abscesos. Comenzó como bultoma solitario en axila derecha, que aumentó progresivamente de tamaño, con aparición posterior del resto. No fiebre. No rechaza tomas.

Antecedentes:

AP: Embarazo, parto, perinatal normales. PRN: 2770g. Lactancia materna. Primera dosis VHB. No alergias. AF: Sin interés.

Exploración física:

Peso: 6,090Kg. Talla 44cm. TA 69/30 mmHg. BEG. No aspecto séptico. Normocoloreado. Bien hidratado, nutrido, perfundido. Afebril. Fontanela normotensa. ACP: Normal. AXILAS E INGLES: Formaciones nodulares móviles, axila derecha e inguinales bilaterales (3-5mm), aspecto inflamatorio, consistencia dura, no dolorosas. Resto normal.

Pruebas Complementarias:

HEMOGRAMA: Anodino. BIOQUIMICA: Glucosa, urea, creatinina, iones, LDH normales. PCR: 0,14mg/l. ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS: Lesiones nodulares subcutáneas hipoecoicas-anecoicas, subcentimétricas, no sugestivas de ganglios, compatibles con hidradenitis.

- Se adoptó actitud conservadora sin tratamiento, con controles periódicos y resolución espontánea progresiva en 2 semanas, sin cicatrices.

CONCLUSIÓN:

La hidradenitis supurativa es una enfermedad recurrente de las glándulas apocrinas. Presentación clínica variable, desde nódulos solitarios hasta inflamación crónica con cicatrices, retracciones y, raramente, carcinoma de cél.escamosas. La patogenia no está clara, siendo la hipótesis más aceptada una hiperqueratosis del epitelio folicular que obstruye el folículo, produciendo rotura, inflamación e infección. Factores genéticos, hormonales e infecciosos están implicados.

Incidencia del 4%, más frecuente en mujeres. La edad de aparición varía desde la infancia-adolescencia hasta adultos de edad media, siendo los casos prepuberales extraordinarios. Está descrita, sin embargo, una forma idiopática con rango de aparición típico entre los 6-14 meses, la hidradenitis neutrofílica ecrina de la infancia, que aparece casi exclusivamente en meses calurosos. La etiología es desconocida y los pacientes suelen estar, por lo demás, sanos. La evolución típica es, al contrario que en adultos, hacia la resolución espontánea.





DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO: CUANDO YA SE HA DESCARTADO LO ORGÁNICO...ES SIEMPRE UNA PATOLOGÍA FUNCIONAL?

Carlota Espejo Díaz, Raquel Plácido Paías, Javier García Vázquez,
Virginia Vaquerizo Vaquerizo, María Jesús González Carracedo.
Hospital de Mérida, Servicio de Pediatría.

Introducción

El dolor abdominal crónico es una causa frecuente de consulta en pediatría general.

El dolor crónico funcional es el más frecuente, representando el dolor orgánico solo un 10% de los mismos, a pesar de ello es necesario descartarlo antes de definir a un enfermo como funcional.

Caso Clínico

Niña de 10 años, de origen marroquí, consulta por dolor abdominal periumbilical y epigástrico de meses de evolución, no se relaciona con la ingesta de alimentos, sin síntomas de alarma, no vómitos, ni alteración en el ritmo defecatorio, no coluria ni acolia. Exploración: dolor a la palpación epigástrica, sin otras alteraciones.

AP: Ingresada a los 3 días de vida por ictericia sin precisar fototerapia.

Hemograma, bioquímica, coagulación, VSG, Inmunoglobulinas, rast de alimentos, serología celiaca, perfil tiroideo, Helicobacter Pylori en heces e IgE a anisakis normales, Ecografía abdominal sin alteraciones. Endoscopia digestiva alta normal.

Rehistoriando a la familia nos informan de que el padre presentaba síntomas clásicos de favismo y

había sido recientemente diagnosticado de déficit de Glucosa-6-Fosfato-Deshidrogenasa (G6PDH) sin precisar tratamiento.

Ante el antecedente se deriva a la consulta de hematología siendo diagnosticada de déficit de G6PDH, sin crisis hemolíticas. Se amplía el estudio a sus hermanos siendo dos de ellos afectados de dicha enfermedad.

Se instauran recomendaciones de G6PDH sin precisar tratamiento específico, desde entonces no nuevas crisis de dolor abdominal.

Discusión

Las anemias hemolíticas son causas de dolor abdominal crónico infrecuentes.

Destacar la importancia de la realización de una correcta anamnesis y de la visión integral del paciente en conjunto con su familia.

El déficit de G6PDH se caracteriza por disminución de la actividad de G6PDH eritrocitaria, provocando manifestaciones clínicas que van desde la anemia hemolítica aguda hasta el paciente asintomático. Es una causa muy rara de dolor abdominal crónico, difícil de sospechar, y más aún sin asociar signos clínico-analíticos de hemolisis.



EDEMA PALPEBRAL UNILATERAL ¿ES SOLAMENTE UNA AFECTACIÓN LOCAL?

María Cristina Vicho González, Ana Cubero Santos, Isabel Lorigo Cano, Rosario Espejo Moreno, Teresa Fernández Martínez, Belén Rodríguez Jiménez, Belén De la Vega Castro, José María Vagace Valero.
Hospital Materno Infantil de Badajoz

Introducción

El edema palpebral unilateral y establecido en el tiempo plantea un reto diagnóstico-etiológico. Las causas locales son las más frecuentes sin olvidar las patologías sistémicas y orbitarias.

Caso clínico:

Niña de 7 años traída a la consulta de atención primaria por episodios de edema palpebral derecho recurrente que se repiten durante 3 meses, con mejoría parcial con corticoides, antihistamínicos y antibióticos orales. Analítica básica normal al inicio del cuadro (incluyendo hemograma, bioquímica básica e IgE a inhalantes). Valorada por la unidad de alergia y oftalmología sin encontrar causa.

A los 3 meses de primera consulta, acude por notarle palidez marcada, astenia y empeoramiento de sintomatología ocular. Exploración: aspecto de enfermedad con palidez cutánea severa, taquicardia con soplo sistólico, marcado edema de párpado inferior palpándose dos nódulos en el tercio externo, sin rubor, calor ni dolor, secreción conjuntiva e hiperemia conjuntival, desviación de la mirada hacia arriba con pupilas normales.

Se deriva al servicio de urgencias para valoración. Hemograma: hemoglobina: 5,7g/dl, Leucocitos: 1500/mm³ con 100 neutrófilos, 45.000 plaquetas. Bioquímica: LDH: 1194mg/dl y PCR: 45mg/l, resto normal. Sedimento de orina normal. TC de órbita: aumentos de partes blandas en región antero-inferior de orbita derecha de morfología pseudonodular en contacto con recto inferior.

Frotis de sangre periférica: blastos de hábito linfocítico. Ecografía abdominal y radiografía de tórax sin alteraciones. Médula ósea: células linfoblásticas de fenotipo B inmaduro. Con diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica (LLA) de precursores B se inicia tratamiento quimioterápico según protocolo SEHOP-PATHEMA de riesgo intermedio en tratamiento en la actualidad.

Discusión

La LLA es la neoplasia más frecuente en la infancia suele debutar con síntomas relacionados con la insuficiencia medular. La infiltración cutánea es rara, siendo más frecuente en lactantes, lo que dificulta la sospecha diagnóstica del cuadro.

LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN LACTANTE

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 La Roca-San Vicente (Badajoz)

Introducción

La melanosis pustulosa neonatal transitoria (MPNT) es un proceso benigno caracterizado por el desarrollo de máculas, vesículas y pústulas presentes en el momento del nacimiento y con resolución en las primeras semanas y meses de vida. No precisa de tratamiento, pero es fundamental su reconocimiento y realizar un buen diagnóstico diferencial para poder tranquilizar a los padres y evitar actitudes terapéuticas innecesarias.

Caso clínico

RNT procedente de paritorio, que ingresa en el Servicio de Neonatología por rash vesiculoso generalizado. Ante la sospecha de cuadro infeccioso se procede a tratamiento intravenoso y realización de pruebas analíticas (hemograma, bioquímica, hemocultivo, frotis periféricos). A la exploración presenta buen estado general con micropústulas diseminadas por la piel y algunas máculas. En los siguientes días se resuelven progresivamente las vesículas, dejando máculas hiperpigmentadas en dichas áreas.

Con la sospecha clínica de melanosis pustulosa neonatal transitoria y tras verificar la negatividad de los cultivos, se informa a los padres del carácter benigno y transitorio del proceso, y se procede al alta.

Comentarios

La MPNT es un trastorno benigno sin manifestaciones sistémicas y que no requiere ningún tratamiento. Es una entidad de origen desconocido, con una prevalencia menor al 1% en recién nacidos. Afecta a ambos sexos por igual. No se asocia a infecciones maternas ni exposición de sustancias tóxicas. Puede provocar la confusión con procesos infecciosos graves, ocasionando la administración de tratamientos antibióticos innecesarios o la realización de exploraciones invasivas. El conocimiento por parte del pediatra de la MPNT es fundamental para evitar estos errores.

Palabras claves

Exantemas neonatales, pustulosis



SINDROME DE GOLDENHAR

A.Romero Salguero(1), V. Villar Galván(2), J.A. Macías Pingarrón(3),
Patricia Asensio González(4), Eva M^a García Sabido(5).

(1) Centro de Salud de San Vicente de Alcántara - La Roca de la Sierra (Badajoz),
(2) Centro de Salud de Jerez de los Caballeros (Badajoz), (3) Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz)
(4) Centro de Salud de Calamonte (Badajoz), (5) Centro de Salud de Almendralejo (Badajoz).

Recién nacido varón a término que ingresa al nacimiento por presentar malformación craneofacial. Parto cesárea por SPBF. Apgar 7/9. Reanimación tipo I. No factores de riesgo infeccioso. Gestación controlada, ecografías prenatales normales. Serología inmune rubeola y VHB, resto negativo.

Al ingreso presenta asimetría facial, hipoplasia rama mandibular derecha, quistes dermoides epibulbares en ojos y microtia derecha grado III, resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

Ecografía abdominal, craneal, radiografía columna, craneal y tórax normal, salvo hipoplasia de rama mandibular inferior derecha. RMN craneal: hiperintensidades lineales en núcleo de las bases en hemisferio derecho, quiste de 9mm plexo coroideo derecho, quistes epidermoides oculares. Estudio arrays CHG normal, cariotipo 46XY. EIM normales. Otoemisiones OI normales.

Estudio cardiológico FOP, posteriormente cerrado. IC oftalmología: quistes dermoides bilaterales. FO

normal. IC genética: sospecha de SG. IC ORL, seguimiento en CE. IC cirugía que indican estudio de canalización.

Evolución favorable. Exéresis lipomas oculares a los 5 meses, pendiente corrección mandibular por maxilofacial en Madrid.

CONCLUSIONES

- El síndrome de Goldenhar (SG) o síndrome óculo-aurículo-vertebral(OAV), es la segunda malformación craneofacial más frecuente, que afecta al primer y segundo arco branquial.
- Caracterizado por anomalías oculares (lesiones dermoides, lipodermoides, colobomas...) auriculares (microtia, hipoplasia, apéndices...), mandibulares y vertebrales, aunque puede presentar múltiples malformaciones asociadas.
- Etiología indeterminada. Incidencia 1/5000-25000, más frecuente en varones.
- El diagnóstico del SG es clínico, se utilizan habitualmente los criterios de Feigold y Baum.
- Tratamiento multidisciplinar.

LACTANCIA MATERNA EN UNA ZONA DE SALUD URBANA. ¿INFLUYEN LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS?

C. Martínez Roa; A. Cubero Santos; I. Lorigo Cano;
A. González Huéscar; C. Gil Martínez; C. Vicho González.
C.S. El Progreso. Badajoz

OBJETIVO:

En el Análisis de Situación de Salud de la Zona Básica de Salud (ZBS) de "El Progreso" aparecía como problema la alimentación inadecuada. Además tenemos la impresión subjetiva en la consulta de que pocas madres optan por la Lactancia Materna (LM) y de que hacen una introducción precoz de la alimentación complementaria. Nuestro objetivo ha sido conocer la situación de la LM en la zona y si existe relación con los factores socioeconómicos que la caracterizan.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de los niños nacidos en la ZBS "El Progreso" durante 2014-2015, y sus madres. La recogida de datos se realizó mediante la revisión de Historia Clínica y entrevista estructurada; y se analizaron con SPSS 22.

RESULTADOS:

Se recogieron datos de 139 niños y 137 madres (67,2% multiparas). Su edad media fue 26,8 años, nivel educativo bajo (31,1% sin estudios, 48% estu-

dios primarios), el 66,7% en desempleo, y solo el 36% acudieron a preparación al parto.

La prevalencia de la LM exclusiva: al alta 43,8%, a los 2 meses 37% y a los 6 meses 11,6% (duración media: 1,7 meses). La edad media a la que se introduce la alimentación complementaria fue los 4 meses. El principal motivo de abandono que refieren es la insuficiente producción y solamente el 11,1% dicen haber recibido apoyo por profesionales sanitarios tras el parto. Los factores socioeconómicos no muestran relación estadísticamente significativa con la LM en nuestra muestra, si la asistencia a grupos de preparación al parto.

CONCLUSIONES:

El tiempo de LM en nuestra zona está por debajo de lo recomendado. El nivel socioeconómico no muestra relación estadísticamente significativa con la LM, pero sí la asistencia a grupos de preparación al parto. Es necesario realizar actividades de formación en LM para profesionales y de promoción de la misma en la población.



NÓDULOS EN PENE MUY PRURIGINOSOS... LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS.

Carlota Espejo Díaz, Raquel Plácido Paías, Alicia Hiraldo Gamero,
Javier García Vázquez, Virginia Vaquerizo Vaquerizo,
María Jesús González Carracedo.
Hospital de Mérida.

Niño 9 años, derivado por su pediatra para valoración de lesiones en pene de más de un mes de evolución, muy pruriginosas. Afebril. No disuria ni otra sintomatología. Recibió metilprednisolona tópica sin mejoría. Pendiente de valoración por Dermatología. Diagnosticado de escabiosis ya resuelta hace 1 mes, tratado con 3 dosis de permetrina 5% (caso índice: hermana).

No otros antecedentes de interés.

Exploración Física:

BEG. Piel: 3 lesiones nodulares eritematosas en pene (dos posterior y una anterior), de aproximadamente 1 cm. No limitación retracción prepucial. No adenopatías inguinales. Resto normal.

Diagnóstico: Nódulos Post-escabiosis en pene.

Pautamos Clobetasol propionato crema en lesiones, 1-2 veces/día, 4-5 días. Después sustituimos por corticoide menor potencia: Metilprednisolona aceponato crema: 1-2 aplicación/día, 7-10 días. Antihistamínicos orales para el picor.

Evolución clínica favorable, sin volver a consultar. Contactamos telefónicamente con familia, que comenta resolución casi completa de lesiones a las 3 semanas.

COMENTARIO

La escabiosis es una infección ectoparasitaria dermatológica causada por *Sarcoptes scabiei*. Las manifestaciones clínicas incluyen prurito intenso en varios miembros familiares, junto con presencia de lesiones típicas: surco y pápula acarina. Aparece típicamente en espacios interdigitales, muñecas, glúteos, genitales, mamas.

Presentamos en este caso una complicación clínica post-infecciosa, no frecuente: nódulos post-escabióticos. Esta entidad corresponde a una reacción inmunitaria tardía, donde la distribución, signos y clínica típica de escabiosis, desaparecen para dar paso a la aparición de lesiones papulonodulares profundas muy pruriginosas. El tratamiento escabida no es eficaz, dado que la infección ya está resuelta, apareciendo en series de casos cierta respuesta a corticoesteroides tópicos de alta potencia. Suele tener un curso autolimitado variable (1-2 años). Anatomopatológicamente aparece un infiltrado de células linfocitocitarias, con inmunohistoquímica compatible con células de Lagerhans.

En cuanto al diagnóstico diferencial, sin historia previa de escabiosis, las lesiones pueden recordar a mastocitosis, urticaria pigmentosa, xantogranuloma juvenil, histiocitosis células de Lagerhans y linfomas.





¿QUÉ NOS DICEN LAS UÑAS DE UN PACIENTE? UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y VISUAL.

VP. Silvero Enríquez (1), MM. Casero González (1), R. Espejo Moreno (1),
MC. Vicho González (1), E. Gil Poch (1), MC. Prieto Zazo (1), I. Ordóñez Medina (2).

(1) Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

(2) Centro de Salud "Oliva de la Frontera", Badajoz.

Las lesiones ungueales constituyen un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, abriendo un amplio diagnóstico diferencial en el que tendremos que considerar como primeras opciones infecciones o traumatismos en la edad pediátrica; pero que en ocasiones pueden ser claves para el reconocimiento de otras entidades sistémicas en las que será fundamental contar con un alto índice de sospecha.

Varón de 5 años, sano, sin antecedentes personales de interés, cuyos familiares consultan por haberle detectado manchas amarillentas ungueales en las últimas semanas, con desprendimiento de una de las uñas. Rehistoriando a sus progenitores, refieren que en los meses anteriores observaron pequeñas depresiones en la lámina ungueal, que inicialmente atribuyeron a microtraumatismos. La afectación abarcaba 7 uñas. El paciente no presentaba lesiones cutáneas en otras localizaciones, síntomas sistémicos o articulares, ni refieren dieta carencial. No existía antecedente de infección vírica previa, ni ingesta medicamentosa ni contacto con animales.

Ante el diagnóstico de sospecha de psoriasis ungueal, reinterrogamos a la familia, que nos confirma el antecedente familiar de un tío paterno del paciente con psoriasis. El paciente es derivado a Dermatología, que confirma el diagnóstico e inicia tratamiento tópico con tacalcitol, con notoria mejoría clínica en cuestión de semanas.

La psoriasis es una enfermedad autoinmune sistémica, presente en el 3% de la población, diagnosticada como placas eritematodescamativas en áreas de extensión. La afectación de las uñas en niños se aproxima aun 30%, pero su afectación exclusiva sin lesiones en placas es mucho menos frecuente. El hallazgo más habitual es el piqueteado ('pitting') ungueal; seguido de onicólisis, aparición de 'mancha de aceite', coiloniquia o paroniquia. Resaltamos la importancia del conocimiento de esta entidad, en la que un certero diagnóstico clínico desde Atención Primaria, junto con un manejo multidisciplinar permitió un adecuado tratamiento, sin precisar otros exámenes complementarios.



1.- Al diagnóstico.
2.- Tras 2 semanas de tratamiento.
3.- Tras 4 meses de tratamiento.



EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD BÁSICA DE PEDIATRÍA (UBA-p) EN EL CENTRO DE SALUD "ZONA CENTRO" DE BADAJOZ

Juan José Morell Bernabé.

Pediatra. Centro de Salud "Zona Centro". Badajoz

M^a Teresa Muñoz de la Montaña.

Enfermera. Centro de Salud "Zona Centro". Badajoz

Objetivo

Analizar los resultados en lactancia materna (LM) entre las familias de nuestra UBA-p para establecer posibles estrategias de mejora.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de niños nacidos entre 01/07/2011 y 31/12/2015 (n=388). Además, se recogen datos de: nacimiento (tipo de parto, edad gestacional, problemas), edad de la madre, n^o de orden entre hermanos, tabaquismo pasivo y momento de la primera visita al Centro de Salud.

Resultados

El 78,3% de los niños toma LM después del primer mes; el 52,6% sigue LM a los 6 meses (69,6% de ellos con LM exclusiva); el 28,1% a los 12 meses y el 12,5% continúa con LM por encima de los 2 años de edad.

Si tomamos en consideración las variables analizadas:

- Los factores asociados a menor inicio de LM son: prematuridad (33,3%), gemelaridad (50,0%) y, por parte de la madre: edad joven <30 años (47,8%) y el hábito tabáquico (37,3%).

- Los factores asociados a mayor duración de LM son: prematuridad (61,1%), madre primípara (57,5%) y edad materna ≥ 40 años (54,1%).

La edad media de la primera visita a nuestra UBA-p es de 16 días.

Conclusiones

La prevalencia de LM en nuestra UBA-p es alta. Más de la mitad de lactantes de 6 meses y el 28% de los niños al año de edad siguen con LM. Y también, uno de cada ocho niños mayores de dos años.

En nuestro medio, los factores que más influyen negativamente en el inicio y mantenimiento de la LM son: edad joven de la madre (<30 años) y el hábito tabáquico de la madre o en el entorno familiar.

Es inaceptable que la edad media de la primera visita de cualquier recién nacido no ocurra en la primera semana de vida o entre 2 y 4 días después del alta hospitalaria.



REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA FRENTE AL MENINGOCOCO B (BEXSERO®) EN NUESTRA UNIDAD BÁSICA DE PEDIATRÍA (UBA-p).

Juan José Morell Bernabé. Pediatra. Centro de Salud "Zona Centro". Badajoz
M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Enfermera. Centro de Salud "Zona Centro". Badajoz
Adrián Cidoncha Berlanga, Montevirgen Fernández Gajón, María Moreno Matamoros,
Ana M^a Cruces Sandía, Mario Guillén Santeodoro y Mirian Barrena Hidalgo.
Alumnos del Grado en Enfermería (Badajoz). Universidad de Extremadura

Objetivo

Se nos informa de una alta proporción de reacciones locales y fiebre en niños vacunados con la vacuna Bexsero®, lo que lleva a hacer recomendaciones no habituales para la administración simultánea de vacunas.

Decidimos analizar los resultados de efectos adversos derivados de la administración de esta vacuna en nuestra UBA-p de Centro de Salud.

Material y Métodos

Iniciamos la vacunación con Bexsero® en octubre/2015. Hasta febrero/2017 hemos vacunado 312 niños de edades entre 2 meses y 14 años.

Se registran las reacciones por dosis vacunales preguntado activamente a la familia, en consulta presencial posterior o vía telefónica.

Se sigue la pauta de vacunación recomendada por ficha técnica y organismos oficiales.

Resultados

Se vacunan 112 menores de 2 años, 100 niños de 2 a 5 años y 100 niños mayores de 6 años.

Responden 309 y se registran resultados de un total de 579 dosis vacunales. De ellas, 43,3% producen

dolor en brazo y el 18,9% fiebre; siendo ambos más frecuentes tras la primera dosis.

La proporción de fiebre fue mayor en la edad de 0 a 23 meses, en primera y en segunda dosis.

Uno de cada tres niños menores de 2 años y dos de cada tres en los mayores de 2 años presentaron dolor en el brazo tras la administración de la primera dosis vacunal.

Otros efectos adversos: malestar general (10,88%), induración y eritema en la zona de inyección (1,9%), síntomas digestivos (vómitos, diarrea) y reacción vagal en 3 casos.

Conclusiones

Los efectos adversos más frecuentes tras la administración de la vacuna Bexsero® en niños son dolor y fiebre.

Destaca la presencia de dolor en brazo, especialmente tras la primera dosis vacunal y más en los niños mayores de 2 años.

No se observa una mayor incidencia de fiebre respecto a la que presentan otras vacunas del calendario de inmunizaciones.