



## **DERMATITIS AMPOLLOSA ESTREPTOCÓCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Rodrigo Mateos PC;**  
**García Soria EI;**  
**Galiñanes Martín P;**  
**Fernández Epifanio JL**  
*Centro de Salud Plasencia I*

**INTRODUCCIÓN:** El impétigo es una infección bacteriana superficial contagiosa que se observa con mayor frecuencia en niños de 2 a 5 años. Puede clasificarse como primaria (invasión de bacterias en piel normal o con más frecuencia distal produciéndose diseminación mediante toxinas) o secundaria (infección en zonas traumatizadas de piel, como abrasiones, traumatismos menores, picaduras, o condiciones subyacentes como eczema).

Niños mayores y adultos también pueden verse afectados. Supone el 10% de las consultas dermatológicas, y se debe a infecciones por *Streptococcus Pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, o ambos. Son factores predisponentes, colonización de vías aéreas del paciente o familiares cercanos.

### **CASO CLÍNICO:**

Varón 4 a. Normovacunado. Sin antecedentes de interés.

Presenta episodio de prurigo con buena evolución tras tratamiento con Antihistamínicos.

Posteriormente presenta brote de lesiones definidas como dermatitis ampollosa sin repercusión del estado general y toma de material en ampollas negativa para cultivo. Evoluciona favorablemente tras tratamiento con mupirocina tópica.

En semanas presenta nuevo brote que se extiende a tronco y extremidades.

Exploración: Lesiones ampollosas en extremidades y tronco, algunas abiertas de aspecto melicérico.

Analítica completa normal.

Frotis nasal: Flora saprófita.

Frotis faríngeo: Estreptococo pyogenes.

Cultivo líquido ampollas: Estéril.





Tras tratamiento empírico con Cloxacilina oral y antisépticos, evolución favorable hacia la remisión.

Frotis faríngeo post-tratamiento: Flora saprófita.

**CONCLUSIÓN:** Las costras melicéricas del impétigo son diagnósticas y el Gram o el cultivo nasal o faríngeo ayudan a demostrar el agente causante.

El impétigo es un trastorno benigno, recurrente y contagioso. Sin tratamiento, puede persistir semanas y diseminarse, con una respuesta clínica eficaz una vez comenzado el tratamiento.

Se recomienda tratamiento antimicrobiano oral (evidencia 1B) y los fármacos de elección son cloxacilina, cefalexina y Amoxi/Clav (si se trata de SA) y penicilina benzatina y cefalexina (en infecciones por SP) y macrólidos si existe alergia a penicilina.

La duración del tratamiento antimicrobiano debe ajustarse a la mejoría clínica. Siete días suelen ser suficientes para la remisión de la clínica.

Es importante en el momento del diagnóstico, sospechar entidades como el Síndrome de Shock Tóxico (estafilocócico o estreptocócico), en los que toxinas producidas por cepas bacterianas liberan citoquinas, aumento de la permeabilidad capilar y daño tisular, cursando con cuadro agudo, evolución rápida y afectación orgánica multisistémica conduciendo al shock.

## **CIRUGÍA MENOR EN CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

**M<sup>a</sup> del Castillo Sánchez Cuadrado**

*Enfermera pediátrica, Centro de Salud Plasencia II*

**Esther Expósito Palomo**

*Enfermera del Hospital 12 de Octubre, Madrid*

**M<sup>a</sup> Leonor Palomo Béjar**

*Enfermera pediátrica, Centro de Salud Plasencia II*

### **DEFINICION:**

La C.M incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tiene bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas.

### **Objetivos Generales:**

Fomentar en la actividad diaria de las consultas de enfermería pediátricas en AP procedimientos de C.M.

Prestación sanitaria con efectividad, seguridad, reducción de gastos y satisfacción del niño y padre o tutor.



## **Objetivos Específicos:**

Ofrecer un servicio rápido con fácil accesibilidad y adecuado a las necesidades del niño.

Iniciar y mejorar la formación de los profesionales en la práctica de la cirugía menor en consulta enfermera de pediatría.

Coordinación entre otros servicios hospitalarios (dermatología, anatomía patológica, microbiología...)

## **METODOLOGÍA:**

- o Para la intervención de C.M. comenzamos recogiendo información completa sobre el niño y la patología para su inclusión en cirugía menor debidamente informado a padre o tutor.
- o Algunas intervenciones en C.M. requieren previa valoración clínico-diagnóstico e indicación médica.
- o El día de la intervención recogemos el consentimiento informado firmado por el padre o tutor asegurándonos que ha entendido el procedimiento y las posibles complicaciones posquirúrgicas.
- o Elección y aplicación de la técnica quirúrgica adecuada.
- o Selección del instrumental a utilizar y preparación del campo quirúrgico.
- o Preparación de la muestra para su remisión a anatomía patológica o microbiología (En caso de que fuera necesario)
- o Informar al padre/tutor de los cuidados de la herida y citar para el seguimiento posquirúrgico en consulta de enfermería.
- o Las intervenciones más frecuentes que realizamos en nuestras consultas de enfermería pediátrica son:
  1. Heridas cutáneas ➔ Suturas
  2. Abscesos cutáneos ➔ Punción-drenaje
  3. Molusco contagioso ➔ Afeitado y curetaje.
  4. Verruga plantar ➔ Criocirugía
  5. Verruga vulgar y otras localizaciones ➔ Criocirugía

En los últimos años hemos realizado 202 cirugías menores

## **RESULTADOS:**

- o Satisfacción paciente / sanitario.
- o Disminución de lista de espera hospitalaria, liberando a los servicios especializados para técnicas más complejas.
- o Desarrollo de técnicas de enfermería en C.M.

## **CONCLUSIÓN:**

La C.M. en consulta de enfermería pediátrica resuelve de forma rápida y sencilla algunos problemas de salud, prestando servicios en su entorno habitual, evitando desplazamientos, listas de espera y estrés o miedos que en algunos niños ocasionan el ambiente hospitalario y profesionales desconocidos.

## **Bibliografía:**

Manual cirugía menor J.Ma. Arribas, F. Caballero Grupo Docente Procedimientos y Tecnología en AP F. Caballero, O. Gómez Martín.



## **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ¿ES SÓLO UNA PATOLOGÍA DE ADULTOS?**

**Carmen María González Álvarez,<sup>1</sup>**

**Manuel Portillo Márquez,<sup>1</sup>**

**María del Pilar Medina Gil,<sup>1</sup>**

**Mercedes García Reymundo,<sup>1</sup>**

**Fáisal Hamed Ahmed,<sup>1</sup>**

**Ángeles Osuna Díaz,<sup>2</sup>**

1.Hospital de Mérida. Mérida (Badajoz).

2.Centro de Salud "Urbano I". Mérida (Badajoz).

**Caso clínico:** Adolescente de 12 años que es derivado por su pediatra de atención primaria por presentar dolor en gemelo izquierdo de 2 semanas de evolución, tras traumatismo, que se intensifica progresivamente, dificultándole la marcha. Afebril desde el inicio del cuadro, no asociando otra sintomatología. Exploración física: dolor a la palpación en pierna izquierda con discreto aumento de diámetro con respecto a la extremidad contralateral. No limitación a la movilidad, aumento de la temperatura ni cambios de coloración de la zona. No aumento de circulación colateral. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica general y transaminasas normales. PCR 40mg/l. Hemocultivo: S.Coagulasa negativo (contaminación de la extracción). Coagulación: Dímero D elevado. Resto normal. Ecografía/doppler: trombosis de la vena poplítea izquierda sin compromiso de la vena femoral común ni superficial. Ante este diagnóstico inicia anticoagulación con HBPM (Heparina de bajo peso molecular) y al cabo de 4 días con Dicumarínicos orales. A los 10 días de tratamiento se suspende HBPM y continúa tratamiento con dicumarínicos. Resolución casi completa del trombo al mes de iniciar el tratamiento. Estudio de trombofilia pendiente.

**Antecedentes:** Madre con antecedentes de TVP y tromboembolismo pulmonar (TEP) secundario a déficit de Proteína S.

**Comentarios:** La incidencia TVP de forma espontánea en la edad pediátrica es muy baja con respecto a la población adulta, debido en gran medida a diferencias en la fisiología hemostática en niños. Sin embargo, cada vez se diagnostican más casos asociados con una serie de factores predisponentes hereditarios o adquiridos. La sospecha diagnóstica se realiza desde la consulta de atención primaria basándose en la clínica y los antecedentes familiares, y se confirma mediante ecografía/doppler. La anticoagulación debe mantenerse durante 3-6 meses en los casos idiopáticos y en la trombosis secundaria si el factor de riesgo se resuelve; mientras que en las trombosis recurrentes y/o TEP debe mantenerse de por vida.

Factores de riesgo	
Hereditarios	Adquiridos
Mutación factor V Leiden	Catéter venoso central
Deficiencia de proteína C y S	Infecciones
Resistencia a la proteína C	Cirugía, inmovilización,traumatismos
Aumento lipoproteína a	Cirugía, inmovilización,traumatismos
Disfibrinogenemia	Cardiopatías congénitas cianógenas
Disfunción antitrombina	Cáncer
Hiperhomocisteinemia	Enfermedades inflamatorias reumáticas (LES, Artritis idiopática juvenil, síndrome antifosfolípido)
Hipoplasminogenemia	Síndrome nefrótico
Drepanocitosis	Trasplante
	Enfermedad vascular



## **ACIDURIA GLUTÁRICA I: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**L. Gómez López<sup>a</sup>.**  
**M.E. Torres Sánchez<sup>b</sup>.**  
**A. López Lafuente<sup>c</sup>.**

<sup>a</sup>Pediatra. CS Plasencia Sur. Plasencia.

<sup>b</sup>Enfermera de pediatría. CS Plasencia Sur.

<sup>c</sup>Neuróloga infantil. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

### **Introducción/Antecedentes**

Se expone el caso de una afección poco frecuente que en su presentación aguda puede confundirse con una encefalitis, cuyo pronóstico está condicionado por la precocidad del diagnóstico, ya que el inicio del tratamiento dietético puede evitar el deterioro neurológico.

### **Caso clínico**

Lactante mujer de 16 meses, nacida a término, ventosa, LA meconial, Apgar: 5/9, reanimación tipo IV, diagnóstico prenatal de dilatación pielocalicial bilateral y postnatal de estenosis de la unión pieloureteral izquierda.

Desarrollo estatura-ponderal y psicomotor normales, perímetro craneal P97.

Antecedentes familiares: madre estenosis ureteral derecha intervenida, dos primos maternos galactosemia, no consanguinidad.

Acude a consulta tres días después de una enfermedad diarreica aguda autolimitada, por irritabilidad, inmovilidad y pérdida de fuerza generalizada. En la exploración presenta decaimiento, desconexión del medio, hipotonía y paresia flácida con ROT conservados, la analítica muestra leucocituria, LCR normal, ecografía abdominal con severa dilatación pielocalicial renal izquierda e imagen hipoecoica que sugiere pionefrosis, cistoscopia compatible con ureterocele izquierdo tipo adulto. Precisó tratamiento antibioterápico intravenoso y dilatación con balón, dejando doble J.

Después del episodio agudo continuó con hemiparesia derecha, sin recuperar la deambulación, asociando regresión del lenguaje y distonía del lado parético. RMN craneal: placas de desmielinización supra y periventriculares. Ácido 3-hidroxiglutarico urinario aumentado, con hallazgo de la mutación en el gen GCDH, compatible con aciduria glutárica tipo I.

### **Comentarios**

El cuadro inicial podría explicarse por la secuencia enfermedad desmielinizante secundaria a gastroenteritis por rotavirus, pionefrosis por vejiga neurógena y malformación urinaria previa, sin embargo las primeras y posteriores manifestaciones neurológicas sugieren una causa subyacente más compleja.

La aciduria glutárica tipo I se produce por déficit de glutaril CoA deshidrogenasa, los afectados pueden desarrollarse normalmente durante los primeros 2 años, apareciendo la sintomatología progresivamente o de forma brusca tras una infección intercurrente, con síntomas neurológicos agudos que involucran al sistema extrapiramidal.

Destacamos la importancia de pensar en esta enfermedad ante un lactante con encefalopatía aguda o progresiva y extrapiramidalismo, ya que el diagnóstico es crucial para iniciar un tratamiento dietético adecuado.



## RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO TARDÍOS

*Medina Gil, M<sup>a</sup> Pilar;  
García Reymundo, Mercedes;  
Sáez Díez, Isabel; Piñán López, Esther;  
González Álvarez, Carmen María.  
Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida.*

**Introducción y objetivo:** Los prematuros nacidos entre las 34<sup>o</sup> y las 36<sup>o</sup> semanas de edad gestacional (EG), conocidos como pretérminos tardíos (PTT) presentan una morbilidad, tanto a corto como a largo plazo, mayor al ser comparados con los recién nacidos a término. Con el objetivo de conocer mejor a esta población hemos revisado la incidencia de los PTT en nuestra área.

**Población y método:** Revisión retrospectiva de los niños nacidos (RN) en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2011. Dividimos la población en dos grupos: término (37<sup>o</sup>-42<sup>o</sup> semanas de EG, n=8025) y pretérmino (24<sup>o</sup>-36<sup>o</sup> semanas de EG, n=545), diferenciando dentro de este segundo grupo los RN PTT (n=423). Se analiza la incidencia de prematuridad en nuestra población, y comparamos el número de partos por cesárea y embarazos múltiples en ambos grupos.

**Resultados:** En los últimos 5 años, la incidencia media de PTT en nuestra área ha sido de 4,9 % del total de RN. Este valor se ha mantenido constante durante este periodo. En cuanto a las cesáreas hemos observado que el 42,7% de los recién nacidos de 34<sup>o</sup> a 36<sup>o</sup> semanas de EG nacieron por cesárea, siendo este porcentaje casi dos veces mayor que en los término. El 19,8% de las gestaciones finalizadas entre la 34<sup>o</sup> a 36<sup>o</sup> semana fueron gemelares, en comparación con el 0,78% de las a término.

**Conclusión:** Los recién nacidos pretérminos tardíos representan un porcentaje importante del total de RN en nuestra área, y dada la morbilidad tanto a corto como a largo plazo, puesta de manifiesto en amplia bibliografía, son niños susceptibles de un seguimiento que va a ser llevado a cabo principalmente por sus pediatras de atención primaria.



## INVAGINACIÓN INTESTINAL EN LA INFANCIA

**Gabriel Siquier Coll** (RII, MFYC),  
**Héctor De la Casa Canelo** (RII MFYC),  
**Regina Cabrera Gamero** (RII MFYC),  
**Maribel Muñoz Núñez** (RII MFYC),  
**Moises Zambrano** (Pediatra Plasencia),  
**Pedro Hernandez Arenilla** (Adjunto de urgencias Plasencia) .

La **invaginación intestinal** es la causa más común de obstrucción intestinal en los lactantes de entre 6 y 36 meses de edad. Aproximadamente el 60% de los niños son menores de un año, y el 80% son menores de dos años. La invaginación intestinal es menos común antes de tres meses y después de seis años de edad.

A continuación exponemos dos casos de invaginación intestinal, un caso típico un lactante y un atípico en un adolescente.

**CASO 1:** Lactante de 3 meses, sin antecedentes de interés, derivada del centro de salud al servicio de urgencias, porque en las últimas 24 horas estando previamente bien comienza con episodios de dolor intermitente, crisis de llanto, flexión de muslos, intranquilidad, pataleo y palidez de varios minutos de duración, que ceden espontáneamente, presentando una deposición con restos de sangre y mocos (Jalea de Grosellas) , sin presentar vómitos ni alteraciones en la alimentación.

EXPLORACION FÍSICA: Abdomen blando y depresible sin masas, no doloroso a la palpación. Resto de la exploración normal

ECO: Imagen en Diana con múltiples anillos concéntricos compatibles con invaginación intestinal.

JUICIO CLÍNICO: Invaginación intestinal idiopática. Se resuelve tras **enemas**

**CASO 2:** Masculino de 11 años de edad, con antecedentes de invaginación a repetición que se resuelven espontáneamente, acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico, náusea y vómito de características alimenticias, no fiebre, no alteración en las deposiciones, se le realiza eco abdominal con hallazgos sugerentes de invaginación íleo-ileal en vacío derecho,

EVOLUCIÓN: En esta ocasión el dolor no cede espontáneamente ni con la manipulación al realizar la ecografía, este es el 4º episodio de invaginación,

Se deriva a **cirugía pediátrica** donde ceden los síntomas y el paciente se mantiene clínicamente estable, a pesar de hallazgos radiológicos compatibles con invaginación intestinal, por lo que se decide **laparotomía exploradora** de forma ambulatoria.



## EL CÁNCER INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Maribel Albania Muñoz Núñez (RII MFYC),  
Ana María García Moran (Pediatra Plasencia),  
Ana Guerrero Rico (Pediatra Plasencia),  
Gabriel Siquier Coll (RII MFYC),  
Hèctor De la Casa Canelo (RII MFYC),  
Regina Cabrera Gamero (RII MFYC).*

El cáncer infantil supone la segunda causa de muerte en la infancia. No es excepcional que el pediatra de atención primaria realice el diagnóstico.

Exponemos dos casos de cáncer infantil diagnosticados recientemente en nuestra área de atención primaria.

**CASO 1:** niño de 5 años, sin antecedentes de interés, que comienza con abdominalgia súbitamente. Traumatismo banal previo. En su centro de salud se detecta microhematuria. La exploración es anodina, tiene buen estado general y cede progresivamente el dolor en 24 horas. Se realiza control tras varios días, persistiendo microhematuria, por lo que se decide realizar ecografía abdominal, hallándose masa renal derecha con una ecoestructura heterogénea, mal definida sin delimitar parénquima seno renal y que podría corresponder a pielonefritis o masa renal. Posteriormente se confirma tumor de Wilms.

**CASO 2:** lactante de 7 meses de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por rechazo parcial de las tomas y aumento de secreciones de vías altas, con tos emetizante de dos días evolución. Refieren aumento del perímetro abdominal desde hace unas dos semanas, sin otra clínica. A la inspección se aprecia gran distensión abdominal, con protusión umbilical y circulación colateral. El abdomen no es doloroso, impresiona de masa abdominal, sin poder delimitarla adecuadamente. Se remite al hospital para realización de ecografía abdominal, donde se aprecia gran tumoración con origen en suprarrenal derecha en relación probablemente con neuroblastoma, hepatomegalia y lesiones metastásicas asociadas. Se confirma Neuroblastoma grado 4 con metastasis ganglionares, hepáticas, pancreáticas y pleurales.

**CONCLUSIÓN:** Los signos y síntomas del cáncer pediátrico pueden ser inespecíficos en el inicio y simular la patología habitual de la consulta pediátrica. Por ello, es imprescindible tener un conocimiento amplio de estas patologías, dado que el diagnóstico precoz es uno de los factores que más influyen en su curación.



## ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ

**A. Fdez León,**  
*Pediatra, Centro de Salud Plasencia II*  
**Leonor Palomo Béjar,**  
*Enfermera Pediátrica, Centro de Salud Plasencia II*  
**Esther Expósito**  
*Enfermera del Hospital 12 Octubre, Madrid*

### INTRODUCCIÓN

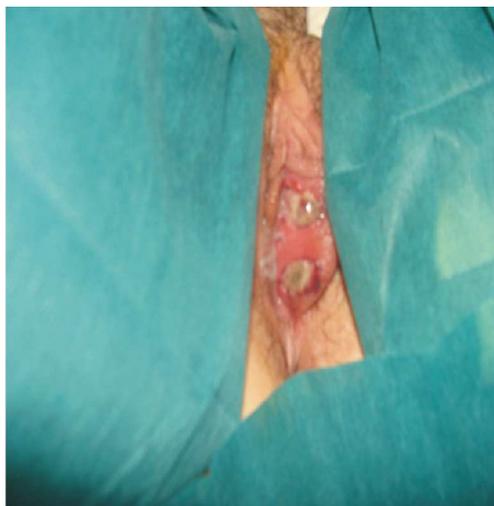
La úlcera vulvar aguda de Lipschütz es una entidad infrecuente, en ocasiones infradiagnosticada por su escasa aparición y dificultades diagnósticas. La causa y patogenia de esta enfermedad es aún desconocida y numerosas hipótesis siguen planteándose por los diferentes autores consultados.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una adolescente de 13 años, sin AP de interés, que consulta por fiebre alta de tres días de evolución, malestar general y aparición el día previo de lesión genital dolorosa. Acaba de venir de un campamento de verano donde ya había empezado con fiebre. No presenta otra sintomatología. Niega relaciones sexuales. No traumatismos a nivel genital.

A la exploración ginecológica presenta inflamación importante de labio menor izquierdo con dos lesiones ulceradas en su cara interna, de unos 2 cm de diámetro, grisáceas, en diana, de fondo negruzco, muy dolorosas al tacto. La exploración del resto de aparatos no reveló hallazgos significativos. No había adenopatías a ningún nivel. Faringe hiperémica, sin exudados.

Se tomó frotis de las lesiones y se practicó analítica con serologías a virus herpes genital, sífilis, VIH, Rickettsia conorii, Ebstein Barr y CMV. Las serologías se repitieron a las 2 semanas sin comprobarse ningún aumento de títulos. Frotis vaginal flora mixta. Frotis faríngeo negativo. Cultivo exudado de la úlcera Staphylococcus coagulasa negativo. Hemograma, bioquímica general y VSG dentro de la normalidad. PCR 89 mg/l





Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico tras revisar la literatura, así como curas locales con mupirocina, remitiendo la fiebre en dos días y curación progresiva y rápida de las lesiones genitales en 10 días. No ha presentado recidivas con posterioridad.

## DISCUSION

La úlcera de Lipschütz o úlcera vulvar aguda es una forma poco frecuente de úlcera genital que aparece en pacientes jóvenes, generalmente sin relaciones sexuales previas o muy anteriores. Son características la aparición de una o más úlceras dolorosas con fondo purulento y márgenes irregulares, acompañadas de síntomas sistémicos.

La etiología es desconocida, en algunas publicaciones se ha relacionado con el virus de Epstein-Barr. El diagnóstico se establece por exclusión de otras causas de ulceraciones genitales agudas, en particular infecciones, ETS (sífilis, chancro blando, herpes) o de otra índole, y de otras menos frecuentes como traumatismos, Sd de Behçet, linfoma, pioderma gangrenoso, EII, penfigoide vulvar o aftosis idiopática recidivante. El examen histológico es inespecífico. Las pruebas de laboratorio suelen ser inespecíficas. El curso clínico es autolimitado y tiende a la curación espontánea.

Nuestra paciente no presentó manifestaciones que nos orientaran hacia otra enfermedad, tipo Beçet o aftosis idiopática recidivante, o EEI, u otras.

Por la concordancia de los datos descritos, concluimos tipificar el caso como una úlcera de Lipschütz.

## **CASO DE NEUMATOCELE SECUNDARIO A NEUMONÍA ESTAFILOCÓCICA**

**Pedro Galiñanes Martin** (MIR-3 Familia);  
**Esther Garcia Soria** (Pediatra)  
**Pedro Carlos Rodrigo Mateo** (MIR-3 Familia)  
**Jose Luis Fernandez Epifanio** (Pediatra)  
Centro de salud "Luis de Toro"  
y Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

Niño de 2 años de edad sin antecedentes de interés que consulta por cuadro catarral febril de 3 días de duración acompañado de taquipnea y tras realizarle Rx de tórax, se objetiva condensación en LSD con hemocultivo positivo para staphylococcus hominis. En la Rx de tórax de control al mes se encuentra la presencia de un neumatocele no complicado en LSD que desaparece en unos meses tras la resolución de la neumonía por antibioterapia.

El caso se presenta por la baja prevalencia de neumonías causadas por staphylococcus en niños inmunocompetentes y por la aparición de neumatocele que es característico, no patognomónico, de fases avanzadas de la enfermedad, y por su gravedad, ya que pueden originar pnoneumatoceles y neumotórax por rotura de los mismos.



## PROGRAMA "VACACIONES EN PAZ": ASISTENCIA SANITARIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

**Cecilia M. Gómez Málaga**  
*Pediatra EAP*  
*Talavera la Real. Badajoz*

**INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS:** Desde el verano de 1994 en el que acudieron los primeros 14 niños saharauis a Extremadura, todos los veranos han acudido un número creciente de menores saharauis para su acogimiento temporal en familias extremeñas. Dentro de los objetivos específicos de este proyecto se encuentra la prestación de atención sanitaria primaria y especializada, para la cual hay un acuerdo de colaboración entre el SES y las sociedades científicas de profesionales sanitarios implicados (SPAPEX, SEMG, SExMFYC, SEMERGEN Y SEFYCEX). Desde 2007 se incluyó la vacunación triple vírica a todos y la de hepatitis B según estado vacunal previo.

Dado que la ZBS de Talavera la Real acoge hasta a un 20-25% de todos los que son acogidos en la provincia de Badajoz, el análisis de los resultados de esta ZBS podría servir para mejorar la asistencia sanitaria en futuras ediciones.

**MÉTODO:** Se han analizado los informes de los niños que han acudido a Talavera durante los veranos de 2007 a 2011, ambos incluidos, valorando el estado vacunal, vacunas administradas, y patologías tanto previas como de nuevo diagnóstico. No está incluida patología dental.

### RESULTADOS:

Verano 2007: 19 niños atendidos, 2 se fueron a casa de acogida y no hubo seguimiento. De los 17 restantes 2 era la 1ª vez y 15 habían acudido veranos anteriores. Se administró la vacuna triple vírica a todos y se realizó serología VHB a todos, precisando vacunarse tan sólo 2 de ellos. Patologías a destacar: un celíaco ya conocido, con buen control y una extracción de cuerpo extraño (dátil) en CAE por parte de ORL.

Verano 2008: Total 11, 1 nuevo (se administró triple vírica). Patologías a destacar: una litiasis renal, ya conocida y tratada en su lugar de origen, una parasitosis por Entamoeba Coli y una extracción de C.extraño (garrapata) en CAE por ORL.

Verano 2009: Total 16; 5 nuevos. Se vacunaron 4 de triple vírica (el 5º se puso en 2010) y 2 vacunas HB. Patologías nuevas: 2 casos de tiroiditis linfocitaria crónica con hipotiroidismo subclínico, parasitosis: entamoeba spp, entamoeba coli, giardia lamblia, himenolepis nana (5 niños), un caso de OMS crónica que se derivó a ORL, un caso de miopía, un asmático- alérgico. Patologías conocidas que se controlaron: un celíaco y una litiasis renal.

Verano 2010: Total 17; 3 nuevos. Se vacunaron 3 de triple vírica y 1 de HB. Patologías nuevas: parasitosis por himenolepis nana, un celíaco y un dolor abdominal crónico debido a helicobacter pilori. Patologías conocidas que se controlaron: 2 tiroiditis, 1 celíaco, 1 miopía, 1 OMS y 1 asmático.

Verano 2011: Total 11; ninguno nuevo. Patologías nuevas: ORL una OMCrónica bilateral, una parasitosis por giardia asociada a coprocultivo positivo por bacillus spp (control negativo tras tto) un asmático-alérgico. Patologías conocidas controladas: 2 celíacos, 2 tiroiditis, 1 OMS, 1 asmático. Además se administraron tres 3ª dosis de hepatitis B.

**CONCLUSIONES:** Es indudable el beneficio de la administración de las vacunas frente a triple vírica y hepatitis B. Las patologías más frecuentes halladas han sido: parasitosis, celiaquía, tiroiditis, asma y problemas ORL. Respecto a las parasitosis se han encontrado diversos patógenos, con diferentes tratamientos, algunos de ellos como el praziquantel hay que solicitarlo como medicamento extranjero, lo que aconseja no hacer tto preventivo sino tratar según estudio microbiológico y tener disponibles los tratamientos.