

Telemedicina en atención primaria: ¿nuevo modelo de interconsulta?

I. García Osés, J. M. Martínez de Zabarte Fernández, J. M. Arnal Alonso, C. Puig García,
A. Sánchez Zapater, F. J. García Latasa*

Pediatría: Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza.* Dermatología: Hospital Royo Villanova. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 60]

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías aportan recursos y favorecen la comunicación entre profesionales sanitarios en tiempo casi real. En 2011 nuestro Centro de Salud inició un proyecto de mejora centrado en la derivación de pacientes pediátricos con patología dermatológica mediante el envío de imágenes digitales.

OBJETIVOS

Comunicar rápida y eficazmente Pediatría de Atención Primaria y Dermatología. Disminuir la incertidumbre diagnóstica; el tiempo de espera; la intranquilidad en la familia y el paciente; la frecuentación y demanda de asistencia secundaria. Servir de herramienta de formación para los pediatras.

PACIENTES Y MÉTODOS

Proyecto incluido en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de mejora de la calidad en salud en la convocatoria de 2011. Se consulta al Servicio de Dermatología

del Sector; remitiendo un correo electrónico con la historia clínica y las imágenes de las lesiones. Ellos valoran y responden por la misma vía.

RESULTADOS

Se realizaron 19 consultas. Media de respuesta de 5 días, moda de un día, y tiempo de espera máximo de 31 días (periodo vacacional del dermatólogo). Gran variedad de diagnósticos. Derivados a la consulta un caso de psoriasis complicada y otro de diagnóstico abierto.

CONCLUSIONES

Escaso tiempo de espera. Alta resolución en 17 casos. Óptima comunicación entre profesionales, valorada positivamente por profesionales y usuarios. Recomendación de centralizar un responsable en Dermatología que responda a las consultas. Contribución positiva de la telemedicina a la asistencia sanitaria, por ello incluida como línea estratégica en el Acuerdo de Gestión 2013-2015 de los sectores sanitarios de Aragón.

Intervención neuropediátrica en una unidad de disfagia pediátrica

Raquel Cabrerizo de Diago, Mayse Romea Montañés, Javier López Pisón, Vanesa Gómez Bailo, Blanca López Cano, Jesús Sebastián Blas

Unidad de Disfagia Pediátrica de Fundación Atención Temprana (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 61]

INTRODUCCIÓN

La disfagia es la dificultad o incapacidad para deglutir alimentos sólidos o líquidos.

Entre sus causas se encuentran con gran frecuencia problemas neurológicos como encefalopatías, entre ellas PCI, o enfermedades neuromusculares.

Las consecuencias de los trastornos deglutorios pueden ser: desnutrición, deshidratación o problemas respiratorios.

OBJETIVOS

En la Unidad de Disfagia Pediátrica de Fundación Atención Temprana, creada en enero de 2011, se trabaja mediante un modelo interdisciplinar:

Se describe la intervención neuropediátrica como parte de la unidad en los primeros dos años de funcionamiento.

PACIENTES Y MÉTODOS

En la Unidad de Disfagia Pediátrica se atienden a los niños con trastornos deglutorios de 0 a 12 años que

precisen de una intervención específica e individualizada, buscando facilitar una deglución segura y eficaz.

La intervención neuropediátrica consiste en evaluación global, contribuyendo al proceso diagnóstico, información a la familia y a los profesionales, así como coordinación con los distintos servicios a los que acuden estos pacientes.

En los primeros dos años de la unidad se han atendido 103 niños.

Entre los diagnósticos se destaca: 50 casos de encefalopatía prenatal (de ellos 19 de causas genéticas, 5 infecciones congénitas, 1 síndrome alcohólico-fetal y 25 sin diagnóstico etiológico establecido), 27 casos de encefalopatía perinatal y 3 posnatales.

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia de la intervención global e interdisciplinar en la Unidad de Disfagia Pediátrica, para poder atender las necesidades de estos niños y sus familias.

Fallo de medro y retraso motor como forma de presentación de la Osteogénesis Imperfecta

A. Beisti Ortego, C. Fuertes Rodrigo, J. I. Labarta Aizpún, M. T. Calvo, M. Ferrer Lozano, E. Mayayo Dehesa

Unidad de Endocrinología. Sección de Genética. Hospital Infantil Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2013; 43: 62]

INTRODUCCIÓN

La Osteogénesis Imperfecta (OI) es un trastorno genético del colágeno tipo I que conlleva fragilidad ósea y alteraciones en otros tejidos de sostén. Se caracteriza por una amplia variabilidad clínica y genética, describiéndose 9 tipos clínicos diferentes y más de 300 mutaciones relacionadas. Las manifestaciones típicas son fracturas de repetición, dentinogénesis imperfecta, fragilidad capilar, fallo de medro, deformidad ósea y fenotipo característico. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar el pronóstico de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Niña controlada desde los 15 meses por retraso ponderoestatural. A los 2 años y medio consulta por retraso en la deambulación autónoma e hipotonía muscular. A los 3 años presenta fractura reciente de clavícula, comentando entonces la existencia de 3 fracturas previas: metatarso (n=1), diafisarias de tibia (n=2), la primera al año de vida y todas ante pequeños traumatismos. En la exploración

se objetiva talla y peso en el percentil 3, escleras azuladas e hiperlaxitud articular. El estudio complementario demuestra elevación de los marcadores de resorción ósea y osteoporosis. El padre refiere antecedente de fractura vertebral, talla baja y osteoporosis. El estudio genético demuestra la presencia de la mutación (Mutación c3450 dup (p.Gly1181ArgfsX39)) en el gen COL1A1 tanto en el caso índice como en el padre, diagnosticándose ambos de osteogénesis imperfecta. La paciente ha recibido tratamiento rehabilitador y pamidronato intravenoso durante 2 años, con mejoría de la mineralización ósea, sin presentar nuevas fracturas.

CONCLUSIONES

La sospecha de fragilidad ósea junto con fallo de medro y retraso motor nos debe hacer pensar en esta entidad; previamente, será necesario el diagnóstico diferencial con maltrato infantil, raquitismo y otros síndromes osteoesqueléticos. El tratamiento será sintomático y multidisciplinar. Los bifosfonatos se han mostrado eficaces en las formas moderadas y severas de OI.

Hallazgo casual de cardiopatía congénita en paciente con tuberculosis pulmonar

M. V. Bovo, A. Ayerza Casas, A. M. Meza Castillo, M. López Ramón, M. Domínguez Cunchillos, M. Gracia Casanova

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 63]

INTRODUCCIÓN

Los niños son muy vulnerables a la tuberculosis por mayor riesgo de infección y desarrollo de formas graves de enfermedad.

Los defectos septales auriculares representan el 10-15% de las cardiopatías congénitas, permaneciendo asintomáticos hasta la edad adulta.

Presentamos el caso de una paciente con hallazgo casual de comunicación interauricular (CIA) amplia en contexto de tuberculosis pulmonar.

CASO CLÍNICO

Paciente de dos años que consulta por fiebre, tos y dificultad respiratoria. A la exploración destaca taquicardia, taquipnea, tiraje, soplo sistólico (II/VI) e hipoventilación en hemitórax izquierdo. En analítica se evidencia leucocitosis e incremento de PCR. La radiología confirma condensación izquierda con broncograma aéreo y atelectasia. Mantoux positivo. Antecedente epidemiológico, viaje a Ecuador donde convivió con afecto de tuberculosis resis-

tente a isoniácida. Se inicia tratamiento con antituberculosos y corticoides. Debido a persistencia de taquicardia, soplo en ausencia de fiebre y evolución tórpida, se solicita ecocardiograma en el que se evidencia CIA amplia con repercusión hemodinámica. Tras resolverse la infección pulmonar la paciente fue intervenida y evolucionó favorablemente.

COMENTARIOS

El abordaje de la tuberculosis en la edad pediátrica es complejo y presenta dificultad para aislar y cultivar el germen. Debido al aumento de la tasa de resistencia, se debe iniciar siempre el tratamiento con cuatro fármacos (isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol).

Los niños con CIA suelen permanecer asintomáticos hasta la edad adulta, manifestándose con complicaciones, por lo que es importante pensar en ella ante un escaso desarrollo ponderal, propensión a infecciones pulmonares y hallazgo de desdoblamiento fijo del segundo tono, soplo sistólico en foco pulmonar o diastólico a nivel tricuspídeo.

Situación actual de la Hepatitis B crónica en niños

M. Artigas Clemente, E. Faci Alcalde, A. Calero Polanco, J. Gil Mateo, M. Gracia Casanova

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 64]

INTRODUCCIÓN

La Hepatitis B crónica es un importante problema de salud pública afectando a más de 350 millones de personas en el mundo. En España, la vacunación universal desde hace más de 25 años no ha conseguido su erradicación, debido, entre otras causas, al fenómeno de la inmigración.

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años procedente de Guinea Ecuatorial que consulta por abdominalgia e hipertransaminasemia leve. Se realiza estudio, resultando positiva la serología para hepatitis B (HBsAg +, HBeAg +, antiHBe -, CV > 10E8). Con el diagnóstico de hepatitis B crónica se realizan controles analíticos y Fibroscan cada 6 meses. A la edad de 12 años se objetiva seroconversión a antiHBe + con fibrosis hepática grave en el Fibroscan. Ante este resultado se solicita Tenofovir por uso compasivo.

Tras el tratamiento, la evolución ha sido favorable con CV 10E1, normalización de las enzimas hepáticas y del Fibroscan.

Actualmente se encuentra asintomático con remisión de la lesión histológica hepática.

COMENTARIOS

Destacar la importancia de la vacunación universal, la profilaxis de los recién nacidos hijos de madre portadora de VHB y el control de la carga viral en la madre.

Técnicas incruentas como el Fibroscan proporcionan un mejor control, clave para la decisión de tratar; en pacientes inmunotolerantes (HBeAg +).

El acceso a fármacos antirretrovirales en formulación pediátrica como Tenofovir contribuye a un mejor manejo de estos pacientes, acortando el tiempo de seroconversión en pacientes con riesgo de daño hepático.

Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas

Beatriz Curto Simon⁽¹⁾, Goretti Gómez Tena⁽¹⁾, Isabel Moneo Hernández⁽²⁾, Teresa Cenarro Guerrero⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario Miguel Servet, ⁽²⁾Centro de Salud Fuentes Norte, ⁽³⁾Centro de Salud Ruiseñores (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 64]

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas se caracteriza por trastornos complejos de la percepción visual de duración breve. La clínica principal y característica del cuadro son alteraciones en la forma, tamaño, color y situación espacial de los objetos y distorsión de la imagen corporal.

Su etiología más frecuente es la infecciosa y migrañosa. También se ha descrito asociado a epilepsia, drogas alucinógenas y al uso de Topiramato; solo se ha descrito un caso asociado al tratamiento con Montelukast.

OBJETIVOS

Descripción del cuadro clínico ya que existen pocas referencias en la literatura médica de este proceso en la edad pediátrica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se presentan dos casos clínicos:

1. Paciente de dos años de edad con asma episódica frecuente en tratamiento de fondo con Budesonida

a dosis medias al que se asocia Montelukast por asma mal controlada. A los diez días del inicio de este tratamiento, inicia cuadro de comportamiento extraño, se mira las manos, sonrío como si viera cosas. El cuadro desaparece al retirar Montelukast.

2. Paciente de dos años y medio de edad que tras inicio de tratamiento con Montelukast por asma episódica frecuente inicia cuadro de comportamiento extraño, se mira las manos, sonrío como si viera cosas. El cuadro desaparece al retirar la medicación.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Alicia está probablemente infradiagnosticado en pediatría.

Su origen es con frecuencia infecciosa y migrañosa, pero se asocia en casos aislados en la literatura con el uso de Montelukast como sucede en nuestros casos.

Debido a que el Montelukast se usa con frecuencia en pediatría para el control del asma, el conocimiento de este cuadro es importante.