

CASO CLINICO 1

Lactante mujer de 12 mes de vida que acude a consulta de nuestro centro de salud por primera vez con cuadro de fiebre de 40°C axilar desde hace unas 72 h que cede mal con antitérmicos y vómitos intermitentes En la EF no se observa exantemas maculoso ni petequial TEP estable. ACP:Normal. Abdomen normal. Fontanela abierta y normotensa. ORL:Normal Normocoloreado y normohidratado con relleno capilar < 2 s.

AP: Paciente recién llegado a España procedente de Marruecos. Refieren procesos febriles recidivantes e inadecuada ganancia pondoestatural.

AF: Sin interés

Ante la ausencia de foco se remite a urgencias del hospital de referencia, donde se realiza analítica sistemática de sangre y de orina observándose : Hematíes 4,2. Hemoglobina 11,1 g/dl. CHCM 30. VCM 80. Ancho distribución eritrocitaria 13,3%. . Leucocitos 17,200. Neutrófilos (52,2%) Linfocitos (35,9%). Monocitos (10 %). Plaquetas 465000. Cr 1,5 mg/dl.Urea 60 mg/dl. Na 139 mmol/L. K 4,1. Mmol/L. Procalcitonina 3 ng/ml. Proteína C reactiva 200 mg/L

Pregunta 1.- Ante la anamnesis y datos analíticos. ¿Qué es lo que haría?:

- a) Colocaría bolsa colectora de orina para recoger muestra para sedimento.
- b) recogería muestra de orina al acecho y remitiría para sedimento y urocultivo.
- c) Iniciaría antibioterapia intravenosa por sospecha de sepsis urinaria sin esperar recogida de orina.
- d) Solicitaría ecografía abdominal de urgencia para valorar sistema urinario.

Pregunta 2.- El paciente ingresó en planta por sospecha de Pielonefritis aguda y se inició tratamiento con Cefotaxima i.v . ¿Qué actitud tomaría una vez iniciado tratamiento?:

- a) Ecografía abdominal para valorar sistema urinario.
- b) Cistourografía urinaria miccional seriada.
- c) Renograma diurético.
- d) Actitud expectante para valorar eficacia antibioterapia.

Pregunta 3.- El paciente mejoró tras el inicio del tratamiento con cefotaxima i.v. Se aisló en el cultivo de orina más de 100.000 colonias de E.Coli sensible a todos antibióticos. Se dio de alta y se realizó control analítico a la semana de la misma donde se observó Hematíes 4,5. Hemoglobina 11,5 g/dl. CHCM 32. VCM 80. Ancho distribución eritrocitaria 13,5%. . Leucocitos 7000. Neutrófilos (45%) Linfocitos (40%) Monocitos (7 %). Plaquetas 350000. Cr 1,6 mg/dl.Urea 62 mg/dl. Na 138 mmol/L. K 421. Mmol/L. Procalcitonina 0,15 ng/ml. Proteína C reactiva 1 mg/L. Tras pruebas de imagen realizadas se observan riñones bilaterales disminuidos de tamaño y dilatación ureteral distal bilateral.

¿Qué sospecharía y que pruebas haría?:

- a) Insuficiencia renal aguda postinfecciosa. Pediría eco renal de control.
- b) Insuficiencia renal aguda prerrenal. Repetir analítica en un mes para valorar función renal.
- c) Sospecha de insuficiencia renal crónica por causa metabólica. Completar estudio genético de displasias renales.
- d) Sospecha de insuficiencia renal crónica por nefropatía por reflujo. Pedir cistografía miccional seriada.

Pregunta 4.- En un paciente con sospecha de insuficiencia renal con riñones disminuidos de tamaño y ante la historia y antecedentes relatados. ¿Qué prueba realizaría para valorar daño renal?:

- a) Cistografía indirecta.
- b) TAC abdominal.
- c) Gammagrafía DMSA.
- d) Renograma diurético.

Pregunta 5.- Ante la clínica de pielonefritis aguda y los antecedentes de episodios febriles, se decide poner profilaxis urinaria. ¿Qué antibiótico usaría?:

- a) Augmentine oral a dosis de 40 mg/kg / día cada 12 h.
- b) Tediprima a dosis de 2 mg/kg/día una dosis nocturna.
- c) Amoxicilina a dosis de 10 mg/kg/día cada 12 h.
- d) Cefixima oral a dosis de 8mg/kg/día dosis nocturna.

Pregunta de Reserva 1.- Ante la sospecha de pielonefritis aguda del cuadro del paciente anterior. ¿Cuál no es una indicación de antibioterapia intraveosa?:

- a) Vómitos incoercibles.
- b) Mal estado general con TEP inestable.
- c) Paciente con antibioterapia oral que no mejora en 72 h persistiendo la fiebre.
- d) La edad de 12 meses del paciente.

CASO CLINICO 2

David tiene 10 años y cursa 5º de primaria. En la revisión del Plan de Salud Infantil la madre refiere que este año está siendo muy difícil en el colegio. Las notas son muy justas y cree que si no fuera porque ella está encima de él en todo momento hubiera suspendido muchas más. En la tutoría del primer trimestre la profesora le ha informado del mal comportamiento de David porque habla mucho en clase, interrumpe, ha faltado al respeto a alguna profesora y también ha hecho alguna broma pesada a algún compañero. La madre tiene que estar pendiente de su ropa, su mochila, su agenda... Todos sus apuntes y hojas están desordenadas y sucias. Además, tiene que sentarse con él todas las tardes un buen rato (cada vez más) a hacer la tarea y estar atenta a las fechas de exámenes y entregas de trabajos para que no se le pasen.

David tiene bastantes amigos y juega con casi toda la clase en el patio del colegio. Le invitan a muchos cumpleaños, pero sus padres todavía no le dejan solo porque se suele meter en conflictos y no se fían de que se vaya sin avisar. Comentan que no se da cuenta de dónde está el peligro y es demasiado osado.

David es el menor de 3 hermanos. Es fuente frecuente de problemas con hermanos y padres. La madre refiere que reacciona siempre por impulsos, sin pensar, y no se da cuenta de las consecuencias de lo que hace o dice... No aprende de los castigos.

En el colegio no ha sido valorado por orientación hasta el momento porque iba pasando los cursos.

Cuando se le pregunta cómo fueron los primeros años, refiere que siempre ha sido muy intenso y movido, que solo está quieto cuando está dormido o tiene fiebre.

La madre cree que, en el fondo, a David todo esto le está bajando la autoestima, porque en el colegio cada vez se ríen más de él en vez de con él.

No refieren problemas de relación entre progenitores y la situación familiar es estable. Parece que no hay exceso de pantallas.

Preguntando por antecedentes familiares, la madre confiesa que el padre de joven de joven era mal estudiante y muy activo. Refiere que hay cosas que nunca recuerda, pero por otro lado es bastante creativo, le encantan los trabajos manuales y ha conseguido sacar una empresa de fontanería adelante.

David comenta que él es menos listo que sus amigos, pero que lo que le molesta de verdad es que siempre se carga con todas las culpas, siempre le están regañando, gritando y castigando.

La exploración física es normal. El optotipo y la audición son normales. Peso 28 Kg, talla 145 cm. TA 95/61, FC 77.

En la consulta el comportamiento no llama la atención, estando el niño contento, tranquilo y colaborador.

Antecedentes personales: Gestación sin incidencias, no exposición a tóxicos ni infecciones evidentes. Parto a término, CIUR de 2100g. Desarrollo psicomotor acorde a su edad en cada momento. En Atenea hay un episodio de cólicos de lactante y, además, 6 episodios de diferentes traumatismos leves y una consulta por tics.

Antecedentes familiares: No antecedentes familiares psiquiátricos, ni cardiovasculares.

Pregunta 6.- Respecto al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), señale la CIERTA:

- a) Su prevalencia es del 1% de la población infantil.
- b) El cortex prefrontal es una área implicada en su sintomatología.
- c) Es un trastorno dopaminérgico y noradrenérgico por disminución de la recaptación.
- d) Es un trastorno cuya etiología es ambiental.

Pregunta 7.- Respecto al diagnóstico del TDAH cuál es FALSA:

- a) Según los criterios DSM V se necesitan al menos 6 criterios de 9 en uno y/o en los dos apartados (apartado de inatención y apartado de hiperactividad/impulsividad) antes de los 12 años.
- b) La escala SNAP IV la deben rellenar los padres y el profesor que pase más tiempo con el niño y se puntúa de 0 a 3.
- c) En la prueba psicopedagógica WISC de capacidad intelectual la velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo suelen estar menos afectadas que el razonamiento perceptivo.
- d) En este caso sería adecuado diagnosticar e iniciar el seguimiento en las consultas de atención primaria.

Pregunta 8.- Respecto al tratamiento farmacológico desde nuestra consulta de pediatría, es CIERTO:

- a) Es multimodal y debe acompañarse de psicoeducación, manejo conductual e intervención psicopedagógica.
- b) Antes de emprender un tratamiento farmacológico es necesario que un profesional especializado en TDAH ratifique nuestro diagnóstico.
- c) Se recomienda dar la menor cantidad de fármaco en la vida del niño, por lo que es aconsejable dejar sin tratar fines de semana, Navidad, Semana Santa y verano.
- d) Cuando llegue la adolescencia es muy recomendable retirar la medicación para no tener problemas de adicciones o interferencia con el alcohol.

Pregunta 9.- Respecto al tratamiento farmacológico para el TDAH, cuál es CIERTA:

- a) El metilfenidato y la atomoxetina son fármacos estimulantes.
- b) Guanfacina no está indicado cuando hay tics.
- c) Lisdexanfetamina está indicada cuando no responda o haya problemas de ajuste con metilfenidato, pero requiere visado en España.
- d) En el metilfenidato de acción modificada 22/78 se puede abrir la cápsula en caso de que no pueda tragarla entera.

Pregunta 10.- Respecto al metilfenidato, cuál es CIERTA.

- a) La dosis efectiva se sitúa entre 0,5-1 mg/kg/día.
- b) Entre los efectos secundarios más frecuentes se encuentra la hiporexia, bradicardia, hipotensión arterial, el insomnio de conciliación y el dolor abdominal.
- c) Hay que hacer un ECG antes de empezar el tratamiento.
- d) Si no responde o deja de responder lo principal es revisar el cumplimiento.

Pregunta de Reserva 2.- Al pasar a la ESO, David comienza con síntomas de ansiedad y presenta un empeoramiento de sus tics. Recientemente le han cambiado el tratamiento, de modo que le han subido la dosis en varias ocasiones en las últimas 6 semanas. Empieza a referir sensación de taquicardia, mareo y clínica gastrointestinal. ¿Cuál es el fármaco más probablemente implicado?:

- a) Metilfenidato.
- b) Lisdexanfetamina.
- c) Guanfacina.
- d) Atomoxetina.

CASO CLINICO 3

Recién nacida de 8 días de vida, embarazo y parto normal. Peso al nacimiento: 3470g. Al nacimiento realizó piel con piel durante 1h durante el cual no fué posible un enganche espontáneo al pecho. En planta consigue enganche con ayuda (dirigido), no doloroso, es valorado por pediatría y se va de alta con una pérdida ponderal de un 6,3% (peso al alta 3250g). Desde el 2º día de vida refiere dolor durante toda la toma y aparecen grietas. Ingurgitación importante al 3º día, coincidiendo con la subida de la leche, tomas muy largas y dolorosas, la bebé nunca suelta el pecho saciada. En revisión de enfermería a los 5 días: buen enganche, tomas dolorosas, largas, grietas van curando, mismo peso que al alta (3200g). Se decide no suplementar, mantener lactancia frecuente y revisión en 3 días. Hoy 8 días de vida, tomas largas, dolorosas, han salido más grietas sangrantes, los últimos 2 días no ha realizado deposición, si micciones. Peso: 3210g.

Pregunta 11.- En cuanto a la indicación de suplementación con leche artificial:

- a) Ahora sí que es necesario suplementar, ya que no ha empezado a subir de peso a partir del 5º día de vida. Indicaremos suplementación en biberón tras todas las tomas, 30-60 ml según tolerancia, y volver a pesarle en 1 semana.
- b) Ahora sí que es necesario suplementar, ya que no ha empezado a subir de peso a partir del 5º día de vida. Indicaremos 30 ml de leche materna extraída o leche artificial tras las tomas en dedo-jeringa o sonda al pecho a la vez que se recomienda estimular la producción de la madre con sacaleches tras las tomas. Control de peso en 48h.
- c) Era necesario suplementar desde el alta del hospital, ya que había perdido casi un 7% del peso del nacimiento.
- d) Era necesario suplementar desde la visita de enfermería (5º día de vida), ya que había perdido un 7,7% de peso.

Pregunta 12.- En caso de estar indicado suplementar las tomas de lactancia materna, la recomendación sería en este caso:

- a) Se recomienda el uso de leche materna extraída, de su propia madre, como primera opción.
- b) Si hay antecedentes familiares de atopia, alergia, asma o APLV, se recomienda el uso de fórmula parcialmente hidrolizada.
- c) Si hay antecedentes familiares de atopia, alergia, asma o APLV, se recomienda el uso de fórmula extensamente hidrolizada.
- d) Cuando no se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin historia familiar de atopia, la leche materna donada es el suplemento de elección, aunque no provenga de un banco de leche.

Pregunta 13.- Se recomienda lactancia materna frecuente, ofrecer los 2 pechos en cada toma y poner el sacaleches tras las tomas para estimular la producción de leche materna. Comienzan a suplementar después de las tomas con 30 ml/3h de leche materna extraída o, en su defecto, leche artificial tipo 1. En el siguiente control a las 48h pesa 3280g (engorda 40 g/día), pero continúa con dolor durante las tomas y grietas a pesar de las pezoneras y la compresión mamaria durante la toma que le han aconsejado en el taller de lactancia. En la revisión de 15 días pesa 3370g, la madre está muy agobiada, ha dejado de ponerse el extractor tras las tomas porque apenas conseguía sacar leche y están suplementando con biberón. La bebé está muy incómoda tras las tomas de bibe, no termina los 30 ml/toma y ha realizado 2 deposiciones con sangre.

- a) Necesita más cantidad de suplemento, ya que ha engordado poco. La sangre en las heces puede ser sangre deglutida de las grietas de la madre.
- b) No necesita más cantidad de suplemento, hay que optimizar la lactancia materna e intentar retirar los suplementos por si es una proctocolitis alérgica.
- c) Puede ser una proctocolitis alérgica, hay que cambiar la leche artificial por un hidrolizado de proteínas de leche de vaca (PLV) y retirar las PLV en la dieta materna, incluidas trazas.
- d) Puede ser una proctocolitis alérgica, hay que cambiar la leche artificial por un hidrolizado de PLV, pero no es necesario retirar las PLV de la dieta materna, ya que la sangre en heces ha aparecido tras iniciar la suplementación con fórmula artificial.

Pregunta 14.- Al explorar a la bebé en esta misma visita observamos los siguientes signos: Ampolla de succión bilabial, lengua corta (no extiende sobre el labio) y apoyada permanentemente en el suelo de la boca, asimetría facial, al llanto la elevación de la lengua no llega a la mitad de la apertura bucal y presenta muesca en la punta, lengua blanca (no muguet), paladar ojival, retrognatia. Al palpar bajo la lengua se detecta un frenillo sublingual corto (<1 cm) y poco elástico, cuya inserción al suelo de la boca está justo tras las encías y la zona superior cerca de la punta, dejando una zona de lengua libre <1 cm. Según esta valoración:

- a) Hazelbaker 3-4 en aspecto, <8 es indicación de frenotomía. Se deriva a cirugía según protocolo ya que tiene más de 15 días y problemas de lactancia, que persisten tras haber corregido postura y trabajado el enganche profundo.
- b) Hazelbaker 7-8 en aspecto, en el límite de la normalidad. No hay problema de lactancia ya que ha comenzado a engordar con el suplemento. Se indica seguir igual, con pezoneras y aumentar el suplemento tras las tomas.
- c) El pediatra de atención primaria no es el profesional indicado para realizar la valoración de la anquiloglosia. Se le indica que vaya al taller de lactancia del CASSYR.
- d) Todavía se está adaptando a la lactancia, los signos sugestivos de anquiloglosia no son valorables aún. Seguiremos apoyando como hasta ahora, con lactancia frecuente agarre profundo y suplementación con hidrolizado.

Pregunta 15.- Tras conseguir tomas sin dolor, se retiran las pezoneras y se recomienda tomas frecuentes de lactancia materna, estimulación del pecho y descenso progresivo de suplementos. En aproximadamente 1 mes se consigue lactancia materna exclusiva con adecuada ganancia ponderal y la bebé está tranquila, confortable y no ha vuelto a presentar deposiciones con sangre, aunque ocasionalmente regurgita tras las tomas.

- a) Como tenía sospecha de APLV no IgE mediada, hay que hacer la reintroducción de PLV para confirmar el diagnóstico.
- b) Como tenía sospecha de APLV no IgE mediada, la madre tiene que mantener una dieta exenta de PLV durante toda la lactancia.
- c) La sospecha de APLV no IgE mediada sigue ahí, pero al no tener síntomas con la lactancia materna a pesar de que la madre toma PLV en la dieta, se recomienda seguir así e introducir la alimentación complementaria como cualquier lactante con introducción de leche de vaca a partir de los 12 meses.
- d) Como tenía sospecha de APLV no IgE mediada, en el caso de tener que dar leche artificial en algún momento, tendrá indicado siempre un hidrolizado de PLV, independientemente de su edad.

Pregunta de Reserva 3.- En la revisión de 4 meses mantienen lactancia materna exclusiva y la bebé está creciendo adecuadamente. La madre va a empezar a trabajar en 1 mes y es el padre quien se quedará cuidándola, tendría que sustituir al menos una toma de pecho al día. Ante la sospecha diagnóstica (no confirmada) de alergia a PLV no IgE mediada, la mejor opción para esa toma diaria sería:

- a) Fórmula de arroz, que puede ser recomendada a cualquier edad.
- b) Fórmula a base de soja, a partir de los 6 meses.
- c) Leche extraída de su propia madre o, en su defecto, hidrolizado de PLV.
- d) Leche extraída de su propia madre o, en su defecto, fórmula de inicio.