



ABSTRACTS COMUNICACIONES ORALES Y POSTERS

COMUNICACIONES ORALES

Desigualdad social y salud metabólica infantil: evidencias desde una revisión sistemática

JOAQUIN QUIRALTE CASTILLO¹, MANUEL SOBRINO TORO², BEATRIZ MENDOZA MURILLO³

1. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, Sevilla, España
2. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Sevilla, España
3. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El nivel socioeconómico (NSE) es un determinante estructural de la salud desde la infancia. Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el NSE y la potencialidad de desarrollar riesgo cardiometabólico en población infantil y adolescente, medido mediante el síndrome metabólico pediátrico (P-MetS) u otras agrupaciones de riesgo cardiometabólico.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales (transversales y de cohortes) publicados entre 2016 y 2025, siguiendo las directrices PRISMA 2020. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus y LILACS. Se incluyeron estudios con población de 0 a 18 años que utilizaran indicadores definidos de NSE y midieran el P-MetS mediante criterios clínicos, puntuaciones continuas (MetScore) u obesidad abdominal (perímetro abdominal o índice cintura-estatura). El riesgo de sesgo se evaluó con la escala Newcastle-Ottawa. Dada la heterogeneidad de los resultados, se realizó una síntesis narrativa estructurada.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 estudios de alta calidad metodológica, con un total de 113.636 participantes. La mayoría mostró una asociación inversa entre bajo NSE y mayor riesgo cardiometabólico, especialmente cuando el desenlace se midió con el MetScore. Esta relación fue más consistente con el nivel educativo parental y, en algunos casos, más marcada en niñas. Se observaron excepciones en contextos de renta media-alta. Entre los posibles factores mediadores o modificadores se identificaron el estrés ambiental, la calidad de la dieta y el perfil migratorio parental.

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática provee una evidencia sólida de que el nivel socioeconómico bajo se asocia con mayor riesgo cardiometabólico en la infancia y la adolescencia, dejando una huella fisiológica medible desde etapas tempranas de la vida. La incorporación de una mirada estructural desde la justicia social en las estrategias de prevención, tanto desde la práctica clínica como desde las políticas públicas, es crucial para abordar los problemas de salud metabólica derivada de la desigualdad social.

https://www.aepeventosdigitales.com/files/comunicaciones/anexos/1761154713TFM_JQC_SEPTIEMBRE-13-18.pdf

CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA SOCIAL: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Lucía García-Cano, Blanca Fernández, María Valdés Garicano, Jimena Menéndez De Luarca, Sara Chinchilla Langeber, Antonio Gancedo 00684623M, Luis Alonso, Ana De Vicente, Talía Sainz

HULP, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A pesar del incremento de desigualdades, la pobreza y los trastornos emocionales en la infancia, solo cinco comunidades autónomas en España cuentan con consultas de Pediatría Social (PS).

El objetivo es describir la población atendida en una Unidad de PS en diez años: analizando volumen, características, procedencia, motivos de consulta y diagnóstico

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes de PS de un hospital terciario entre 2016 y 2024.

Se recogieron variables epidemiológicas, origen y motivo de derivación, diagnóstico principal y secundarios. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética del centro. La información fue extraída de forma anonimizada de las historias clínicas y registrada en una base de datos diseñada ad hoc.

RESULTADOS

Se atendieron 483 pacientes en el periodo de estudio (Figura 1).

La edad media fue de $9,4 \pm 5,1$ años, siendo 369 (76,4%) mujeres.

El 71% fue derivado por el Servicio de Urgencias, siendo el 78,43% sospecha de violencia sexual. El 17,6% fue derivado desde Atención primaria y un 11,4% por otros servicios.

Se diagnosticaron 316 casos (65,42%) de violencia sexual dentro de los cuales 96 (30,4%) recibieron profilaxis para ITS. Se identificó separación conflictiva entre los progenitores en 88 pacientes (18,22 %), exposición a violencia de género en 68 (13,7%), riesgo de exclusión social en 86 (17,8%) y acoso escolar en 32 (6,6%). Respecto a los tipos de maltrato se diagnosticaron 66 (13,7%) casos de maltrato físico, 37 (7,7%) negligente y 25 (5,2%) psicológico. 51 pacientes (10,6%) padecían trastornos psiquiátricos, siendo la mayoría mujeres (45, 86,27%). Se descartó patología en 47 pacientes (9,8%).

El aumento en la detección de casos se encuadra en la creación de una unidad de PS en 2019 y en la apertura del área atendida en 2021, aunque podría verse influido por los efectos a nivel social de la pandemia SARS-CoV-2.

En nuestra serie, la violencia sexual fue el principal motivo de derivación, afectando principalmente a niñas, sin poder descartar sesgo de detección o notificación. La mayoría procedían de Urgencias, con escasa representación de especialidades quirúrgicas. La coexistencia de maltrato, desestructuración familiar y adversidad socioeconómica refleja la complejidad del abordaje y la necesidad de equipos multidisciplinares.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos subrayan la importancia de desarrollar unidades de PS que garanticen la atención integral y la protección de la infancia.

<https://www.aepeventosdigitales.com/files/comunicaciones/anexos/1761144238FIGURA CONGRESO.docx>

El sesgo invisible: desigualdades de género en el diagnóstico y tratamiento del TDAH infantil y del adolescente

Rocío Rodríguez Díaz¹, Clara Altemir Rey¹, Cristina Elipe Maldonado, Laura Rubio Cirilo, Andrea Taboas Pereira, Lucía San Martín Rodríguez¹

1. Hospital De Fuenlabrada, Madrid, España
2. Hospital Vithas, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia. En los últimos años se ha descrito un posible sesgo de género condicionando su diagnóstico y tratamiento, especialmente en niñas, cuya presentación clínica suele ser menos disruptiva y más inatenta, pasando desapercibidas, lo que retrasa su detección y acceso a intervenciones adecuadas. Este infradiagnóstico repercute en el rendimiento académico, la autoestima y la salud mental a largo plazo. La perspectiva de género resulta esencial para evitar una triple vulnerabilidad en niñas y adolescentes con TDAH: por ser mujeres, por su edad y por su condición neuropsiquiátrica.

Los objetivos fueron: 1) analizar diferencias por género en el diagnóstico y abordaje terapéutico del TDAH en nuestra muestra poblacional; 2) describir las comorbilidades más frecuentes por género; y 3) promover la incorporación de la perspectiva de género en la evaluación y manejo del TDAH.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en 366 pacientes de 6–16 años seguidos en consultas de neuropediatría. Se analizaron por género: las presentaciones (subtipos) de TDAH, comorbilidades, motivo de consulta, edad al diagnóstico, tratamiento, seguimiento en salud mental y medidas educativas.

RESULTADOS

El 67,4 % eran niños. El subtipo más frecuente fue el mixto(53,5 %), seguido del inatento(39,8 %) e hiperactivo-impulsivo(6,5 %). Se hallaron diferencias significativas por género($p < 0,001$) en subtipo clínico, edad diagnóstica, comorbilidades y tratamiento. Los niños presentaron mayoritariamente subtipo mixto(61,6 %), diagnóstico más precoz(6–8 años) y motivo de consulta por hiperactividad o trastornos de conducta; las niñas mostraron subtipo inatento(59,3 %), diagnóstico más tardío(9–11 años) y consultas por dificultades escolares(84,9 %). En niños fueron más frecuentes los trastornos de conducta(15,2 %), de lenguaje(8,5 %) y tics(11 %), mientras que en niñas predominó la ansiedad(9,3 %), depresión(2,5 %) y trastornos del aprendizaje(40,3 %). El tratamiento farmacológico fue más frecuente y precoz en varones(72.35%).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados evidencian un sesgo de género en el TDAH al pensar que se manifiesta de la misma forma en niños y niñas. Éstas son diagnosticadas menos, más tarde, y con fenotipos menos visibles. Esto apoyaría la menor visibilidad del trastorno en ellas y la influencia del género en el diagnóstico, manejo y comorbilidades del TDAH.

Además, la menor prescripción terapéutica en niñas, con mayores dificultades escolares y mayor carga ansioso-depresiva, subrayan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los protocolos diagnósticos, la formación médica y la investigación, para garantizar una atención equitativa y eficaz en salud infanto-juvenil.

Abordaje de la violencia sexual: ¿Qué aspectos debemos mejorar en Pediatría?

Blanca María Pozas Ramón, Marina Valero Faya, Paloma Lucía Verne Ugarte, Ana De Vicente, Paula Rodríguez Molino, Carlos Daniel Grasa Lozano, Antonio Gancedo Baranda, Marta Bueno, Talía Sainz Costa, Sara Chinchilla Langeber

Hospital La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción y objetivos: la violencia sexual (VS) constituye una emergencia de salud pública. Los menores que la sufren presentan problemas en su desarrollo y en el aprendizaje de conductas sociales y sexuales adecuadas. Una atención integral precoz disminuye las consecuencias a corto, medio y largo plazo. Nuestro objetivo fue analizar la atención ofrecida a menores expuestos a VS, la evolución de la sintomatología e identificar áreas de mejora.

MÉTODOS

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias de los menores de 18 años atendidos por VS en consultas de Pediatría Social entre 2016-2020. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos y se estudiaron los recursos utilizados durante el seguimiento.

RESULTADOS

Resultados: en el periodo analizado se atendieron 105 pacientes, con una media de edad de $10,87 \pm 4,38$ años, 83% mujeres. La mitad eran de origen español y entre los extranjeros el origen más frecuente fue América Latina (27%). El 95% de los agresores fueron varones, 67% mayores de edad.

El 45% de los episodios ocurrieron en el domicilio (74% por un familiar y 26% por convivientes no familiares) y el 8% en medio escolar. El tipo de familia registrada más habitual fue la clásica nuclear (47%) seguido de la familiar extensa (24%). En un 25% de los menores se registró sintomatología psiquiátrica. Tan solo un 28% de los pacientes fueron valorados en dispositivos de apoyo (CIASI, CAI, CAPSEM...). Se perdió el seguimiento del 46% de los pacientes y no se registró resolución judicial final en >90% de los casos.

Discusión: estos datos concuerdan con la literatura, las agresiones a menores se producen en el ámbito doméstico por parte de familiares y convivientes. En pocos casos se logró un abordaje multidisciplinar, y no se dispone de valoraciones psicológicas de todos los pacientes. Destaca la elevada pérdida de seguimiento que limita el análisis de secuelas.

CONCLUSIONES

Conclusiones: el abordaje integral de las víctimas de VS resulta esencial para reducir el impacto emocional y evitar las consecuencias derivadas de una atención fragmentada. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, el seguimiento coordinado con centros de apoyo no se consigue. Los datos obtenidos en este estudio refuerzan la necesidad de implementar estrategias de abordaje y seguimiento coordinado con los centros de apoyo y, así, ofrecer la atención unificada necesaria a los niños que sufren VS.

Violencia sexual en adolescentes: revisión de cinco años y efectos de la pandemia en un hospital terciario de Madrid

Maria Pérez Pascual, Paula Rodríguez Molino, Carlos Grasa Lozano, Marta Bueno Barriocanal, Sara Chinchilla Langeber, Talía Sainz Costa

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La violencia sexual (VS) en la adolescencia es un importante problema de salud pública con consecuencias físicas y psicológicas de por vida. Los confinamientos por COVID-19 intensificaron los factores de riesgo —convivencia forzada con agresores, menor supervisión externa y más tiempo digital, lo que pudo alterar la incidencia y los patrones de detección.

Describir las características de los adolescentes expuestos a violencia sexual, cuantificar el impacto de la pandemia, e identificar oportunidades perdidas.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva del Registro Unificado de Maltrato Infantil, incluyendo pacientes de 10 a 17 años atendidos por VS en un hospital terciario entre 2019 y 2023. Se recopilaron datos sociodemográficos, perfil del agresor, manejo clínico y seguimiento, comparando los periodos hasta marzo 2020 (pre-pandemia) y posterior (post-pandemia), y la adolescencia temprana (≤ 13 años) frente a la media-tardía (> 13 años).

RESULTADOS

De 588 notificaciones, 213 (36,2 %) correspondieron a VS en adolescentes, edad media 14,2 años (IQR 12–15), 98 % mujeres. Predominó la nacionalidad española (74,2 %), aunque las adolescentes latinoamericanas estuvieron sobrerrepresentadas (22 % vs 5,5 % en la región). Se documentó bajo nivel socioeconómico (ingresos anuales $< 18\,000$ €) en el 53 %. En un 40% de los casos el agresor era menor de edad, y el 56,3 % eran extrafamiliares. Los incidentes ocurrieron principalmente en el domicilio de la víctima (23,5 %) o en espacios públicos (24,4 %). El examen físico fue normal en el 69 %, se solicitó alguna prueba microbiológica en el 89,2 %. El 68 % recibió seguimiento. Un 39,2 % se perdió en el seguimiento. Un 87,8 % de las adolescentes > 13 años habían tenido contacto previo con el sistema sanitario por algún motivo (“oportunidad perdida”).

Las notificaciones aumentaron drásticamente tras marzo de 2020, alcanzando un pico en 2021 y manteniéndose por encima de los niveles pre-pandemia posteriormente. Los casos post-pandemia implicaron con mayor frecuencia agresores adultos (63,9 % vs 42,4 %; $p = 0,03$).

CONCLUSIONES

La VS en adolescentes representó el 40% de las notificaciones de maltrato en este hospital, aumentó tras el inicio de la COVID-19, predominantemente chicas. La mayoría se notificaron desde Urgencias, a pesar de haber tenido contactos previos con el sistema sanitario, lo que pone de manifiesto carencias estructurales en la detección precoz. Muchos se pierden en el seguimiento sugiriendo carencias en la continuidad asistencial. Se requiere formación y sensibilización específica de los

profesionales sanitarios y el establecimiento de circuitos multidisciplinares de seguimiento.

Vivir al otro lado del estrecho. Determinantes sociales que influyen en nuestra práctica pediátrica y la salud de nuestra infancia.

Carlos Álvarez López¹, Alba María Ramos Sánchez¹, Estefanía Romero Castillo², Gema María Serena Gómez², Antonio Ángel Alcoba Conde², Doris Esther Guzmán Vázquez³, Joaquín Lamas Mille²

1. Unidad De Pediatría. Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, España
2. Hospital Comarcal De Melilla, Melilla, España
3. Centro De Salud Polavieja, Melilla, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los determinantes sociales condicionan la salud presente y futura de nuestra infancia y adolescencia. Los estructurales como residencia, geolocalización, difícil acceso, fronteras, recursos sanitarios insuficientes, diferencias socioculturales, religiosas o las barreras idiomáticas afectan a nuestra práctica clínica y crean inequidades sanitarias. Nuestro objetivo es mostrar experiencias hospitalarias de una ciudad delimitada por aire, mar y fronteras, cuya mezcla sociocultural y situación geográfica influyen en la atención de niños/as y hacen que lo social sea inseparable de la pediatría.

MÉTODOS

Describir datos relevantes de casos clínicos de un Hospital Comarcal de Febrero a septiembre de 2025.

RESULTADOS

CASO CLÍNICO 1

Gestante 28 semanas, bolsa rota, cuello borrado, ingresada con hijo de 4 años. Debe trasladarse. Necesitamos intérprete, no quiere irse sin su hijo. Abuela no puede cruzar frontera. Otro familiar acompañará al hijo con informe pediátrico, contactamos con policía. Barrera idiomática y geopolítica.

CASO CLÍNICO 2

Lactante 10 meses, tumefacción en muslo, consultan tras 17 horas de meter pierna entre dos camas. ¿Violencia, negligencia por retraso en buscar atención? Tardaron 12 horas en cruzar frontera y llegar. Importante contextualizar.

CASO CLÍNICO 3

Niña 4 años ingresada por neumonía. Viven al otro lado de la frontera. Decidimos alta, padres piden retrasarla por frontera congestionada ¿Horas con niña convaleciente en coche? Prolongamos ingreso.

CASO CLÍNICO 4

Recién nacido a término, asfixia perinatal. Traslado a unidad con hipotermia. Patología

tiempo dependiente. Transporte aéreo. Esperamos avión, personal disponible, requisitos...rozamos
tiempos límites. ¿Equidad sanitaria?

CASO CLÍNICO 5

Niño 5 años, vacaciones. Trasplantado hepático. Acuden por fiebre. No traen informe clínico ni medicación. ¿Visitan país de origen y pierden perspectiva de enfermedad? ¿Sociocultural?

CASO CLÍNICO 6

Niña 16 meses, vacaciones. Fiebre 15 días, diarrea, pancitopenia grave, analítica al otro lado de frontera. Piden alta voluntaria. Prefieren nuestro hospital y asumen los riesgos de atravesar la frontera.

CASO CLÍNICO 7

Recién nacido con ictericia, incompatibilidad de grupo. Hijo de hebreos. Quieren alta antes del atardecer. Se explica importancia del control de bilirrubina. Consensuamos hora respetando costumbres y religión, siempre anteponiendo interés superior del menor.

CONCLUSIONES

- Evidente inequidad sanitaria por situación geográfica.
- Estas realidades incrementan el compromiso de detectar y resolver necesidades sanitarias y sociales.
- Esto enriquece en empatía, respeto, valores y humanidad, mejorando la mirada social.
- Respetando y adaptándonos a diferencias socioculturales, corremos riesgo de “normalizar” situaciones, pudiendo afectar a la notificación del riesgo social.
- Estas familias suelen valorar mejor la sanidad, mostrando más agradecimiento y menos exigencia.

Atención a los menores que migran solos: experiencia de un programa coordinado con centros de primera acogida

Victor Steven Macera Guillen, María Teresa Regidor, Ángela Martínez Rodríguez, Sonia Milkova, Elena Aparicio, Paula Rodríguez-Molino, Carlos Grasa, Sara Chinchilla, Talía Sáinz

H. Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años ha aumentado el número de menores extranjeros no acompañados (MENAs), población que llega en situación de vulnerabilidad sanitaria significativa. Resulta fundamental evaluar integralmente su estado de salud al llegar, incluyendo el despistaje de enfermedades infecciosas. Describimos nuestra experiencia en la evaluación de menores procedentes de centros de acogida, con el objetivo de mejorar el cribado y seguimiento.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de menores atendidos en consultas de Pediatría entre enero de 2021 y enero de 2025. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes incluyendo variables sociodemográficas y clínicas relativas al protocolo de cribado que incluye tuberculosis, serologías de VIH, sífilis, hepatitis y otras ITS y estudio de parásitos (serología y heces).

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes, 113 varones (98,3%), en su mayoría procedentes de África: fundamentalmente de Marruecos (56; 49,7%), Gambia 19 (16,5%) y Senegal 13 (11,3%). La edad media fue 16,8 años ($\pm 1,84$). 19 pacientes (16,5%) presentaban desnutrición.

Se detectaron 75 casos (65,2%) de infección tuberculosa (ITB) y 4 casos (3,5%) de enfermedad tuberculosa (TB). Todos los pacientes con ITB recibieron tratamiento con isoniazida y rifampicina, aunque solamente 44 (58%) completaron el tratamiento. De los enfermos con TB, solo 1 paciente (25%) finalizó el tratamiento. No hubo ningún diagnóstico de VIH pero 23 (20%) presentaban infección pasada/activa por VHB. Se diagnosticaron ITS mediante PCR en orina en el 4,67%. Se detectaron 22 casos (19,3%) de esquistosomiasis, 10 (8,7%) de estrongiloidiasis y 6 (5,2%) de toxocariasis. Solamente 70 pacientes (60,9%) entregaron heces para estudio coproparasitológico, con aislamiento de parásitos patógenos (*G. lamblia*) en 6 (8,6%). En 52 pacientes se diagnosticó más de una infección. La tasa global de pérdidas en el seguimiento fue de 48 menores (41,7%).

La desnutrición no es infrecuente (16,5%). Destacan la infección tuberculosa (65,2%), que es frecuentemente el motivo de derivación desde los centros. Esquistosomiasis (19,3%) y estrongiloidiasis (8,7%) son también frecuentes, es necesario incluir parasitosis en el screening de salud. El número de pérdidas en el seguimiento fue muy elevado a pesar de encontrarse en centros dependientes del sistema de protección.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio refuerzan la idea de que los menores que migran solos precisan un abordaje integral de salud, que incluya despistaje de patología importada

en función de la epidemiología del país de origen y ruta migratoria. Es imprescindible mejorar los programas de atención y optimizar la coordinación con los centros para evitar pérdidas en el seguimiento.

#9 Comunicación oral

Impacto de un fenómeno meteorológico extremo en la demanda asistencial pediátrica urgente de un hospital de tercer nivel

Blanca Ramia Guillen, Claudia Royo Torrijos, Manuel Oltra Benavent, Marta Hervás Puig, Cristina Lozano Albert, Lidia Ruiz Rodríguez, Pedro Villoldo Sánchez, Carlos González Redondo, Paula Segura Segovia

Hospital Universitario Y Politécnico La Fe, Valencia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los desastres climatológicos plantean desafíos únicos para el sistema sanitario puesto que generan una crisis multisistémica que afecta la infraestructura sanitaria y la accesibilidad a los servicios de salud. En estas situaciones, cabe destacar la mayor vulnerabilidad de la población infantil.

El presente estudio pretende evaluar las variaciones en el volumen de pacientes atendidos en los servicios de urgencias de pediatría de un hospital de tercer nivel tras un fenómeno meteorológico extremo. Nuestro objetivo es estudiar el impacto que tuvo sobre la demanda asistencial pediátrica e inferir su relación con los factores sociales implicados.

MÉTODOS

Disponiendo de datos de afluencia del servicio de urgencias pediátricas de los meses de noviembre y diciembre de los años 2022, 2023 y 2024, pretendemos analizar la existencia de posibles diferencias anuales.

RESULTADOS

Dado que al menos los datos de uno de los años no siguen una distribución normal, utilizamos un análisis de Kruskal-Wallis para estudiar la existencia o no de diferencias entre las visitas a urgencias durante estos meses comparando los 3 años de estudio.

Ante la obtención de diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), realizamos un estudio comparativo post-hoc corregido por Bonferroni para conocer las diferencias entre grupos de análisis observando como sí existen diferencias significativas entre los años 2022 y 2024 ($p < 0.001$), y entre 2023 y 2024 ($p < 0.001$); sin encontrarse, al contrario, diferencias entre los años 2022 y 2023 ($p = 0.119$).

Discusión:

Desde un punto de vista descriptivo, el volumen de pacientes pediátricos atendidos esos meses fue menor en 2024. Por otro lado, encontramos diferencias significativas en cuanto a la cantidad de consultas urgentes recibidas durante dicho período respecto a años previos.

Esto puede deberse a múltiples factores, como variaciones en la epidemiología de las infecciones o cambios en las recomendaciones vacunales. Sin embargo, la evidente correlación con fechas claves del desastre hacen pensar que dicha situación climática tuvo un impacto evidente.

CONCLUSIONES

La población infantil afectada por el desastre se enfrentó a múltiples dificultades en la atención a su salud condicionadas por su contexto socioeconómico y familiar, viéndose

así reducida la afluencia de pacientes en los servicios de urgencias pediátricas hospitalarias.

Ante la interrupción de la actividad de los servicios de atención primaria y las dificultades de transporte a los centros hospitalarios, la respuesta comunitaria *in situ* surgió como un elemento clave para la recuperación posterior.



1760629951Estadística.png

Factores psicosociales que influyen en la adherencia y el uso inadecuado de psicoestimulantes en Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad.

Julio Heras Domínguez¹, Ester Barrios Mira²

1. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España
2. Centro Salud Mejorada Del Campo, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El incremento sostenido del número de pacientes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tratados con medicación estimulante, junto con la creciente exigencia académica y los cambios en los valores sociales, ha favorecido el uso inadecuado de estos fármacos con potenciales consecuencias adversas para la salud. A raíz de un caso clínico de mal uso de metilfenidato que requirió observación hospitalaria, se planteó realizar una revisión de la literatura con el objetivo de identificar los principales factores psicosociales asociados a la baja adherencia y al uso indebido de psicoestimulantes en población pediátrica con TDAH.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica a fecha de septiembre de 2025 en la base de datos **PubMed**, analizando 10 revisiones sistemáticas y seleccionando las 2 más completas a criterio de los investigadores: ambas publicadas en 2025, una de ellas incluía 12 artículos publicados en el periodo (2012-2023) y los otros 60 artículos publicados en el periodo (2000-2021).

RESULTADOS

Los estudios analizados muestran una **adherencia óptima en aproximadamente el 23 %** de los pacientes tratados. Entre los factores de riesgo identificados se encuentran:

- **Relacionados con el paciente:** presencia de comorbilidades psiquiátricas, discapacidad intelectual o dinámica familiar inestable.
- **Relacionados con la medicación:** pautas con múltiples dosis, formulaciones de acción corta y estigma asociado al tratamiento.
- **Relacionados con la familia:** antecedentes familiares de TDAH y bajo nivel socioeconómico.
- **Relacionados con la relación médico-paciente:** escasa comunicación o seguimiento insuficiente.

Por otra parte, el **uso indebido** alcanza cifras cercanas al **20 %**, siendo más frecuente en **adolescentes** y asociado a **comorbilidad** psiquiátrica, motivaciones **académicas**, percepción de **bajo riesgo** y **falta de supervisión** familiar.

CONCLUSIONES

La evidencia actual pone de manifiesto una baja prevalencia de adherencia y una alta de uso inapropiado de medicación estimulante en el TDAH, fenómenos fuertemente influenciados por factores psicosociales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar estrategias de intervención centradas en dichos determinantes para optimizar

la eficacia terapéutica y minimizar riesgos potenciales, considerando además el perfil tóxico y las posibles complicaciones asociadas a un uso inadecuado.

Resulta fundamental implementar **programas psicoeducativos** dirigidos a pacientes, familias y entorno escolar orientados a la concienciación sobre la importancia de la adherencia terapéutica y los riesgos del mal uso de los psicoestimulantes. Asimismo, se recomienda reforzar la **supervisión médica y familiar**, especialmente durante los primeros meses de tratamiento, con el fin de promover un uso seguro y eficaz de estos fármacos.

#27 Comunicación oral

Experiencia de creación de un comité clínico interdisciplinar de valoración de casos de sospecha de maltrato infantil en hospital terciario

Isabel Gimeno Sánchez, María Del Pilar Cedena Romero , Raquel Núñez Ramos, Nerea Salmón Rodríguez

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los comités multidisciplinares para la evaluación de casos de maltrato infantil son una herramienta útil en la práctica clínica. Facilitan decisiones más precisas al integrar diversas perspectivas profesionales, aportan confidencialidad a los profesionales implicados y contribuyen a unificar los criterios de actuación en el centro. También representan un espacio propicio para la formación de profesionales y la elaboración de protocolos institucionales.

El objetivo de este trabajo es describir la composición, la actividad y la experiencia de los profesionales integrantes del comité tras dos años de funcionamiento.

MÉTODOS

Se revisaron el documento justificativo de creación del comité, las memorias anuales y los informes emitidos, con el fin de recopilar información sobre los profesionales participantes, los pacientes valorados y la actividad desarrollada. La percepción de los profesionales se obtuvo mediante un cuestionario en línea de preguntas abiertas (Google Forms), agrupando las respuestas según temáticas emergentes.

RESULTADOS

El comité se constituyó en mayo de 2023, coordinado por cuatro pediatras del área de Pediatría Interna Hospitalaria. Además, lo integran, dos radiólogos pediátricos, dos neurorradiólogos, un neuropediatra, tres neurocirujanos, dos pediatras especializados en sindromología, un traumatólogo infantil, tres oftalmólogos y cuatro trabajadoras sociales.

Las reuniones se convocan con frecuencia mínima trimestral, pudiendo celebrarse sesiones extraordinarias según necesidad. Durante el primer año se realizaron siete reuniones en las que se valoraron diez pacientes y, en el segundo año, ocho reuniones con catorce pacientes.

Como actividades complementarias, se organizó un encuentro con una juez magistrada decana de Madrid, se impartió formación específica a los integrantes y se actualizó el protocolo de maltrato infantil del hospital.

Las opiniones recogidas fueron globalmente favorables, destacando el respaldo que ofrece el comité para la toma de decisiones. Como áreas de mejora se señaló la conveniencia de incorporar la perspectiva de otros agentes, como el ámbito judicial y el servicio de protección de menores.

CONCLUSIONES

Tras dos años de funcionamiento, el comité se consolida como una herramienta sólida y eficaz para la toma de decisiones en casos de sospecha de maltrato infantil.

Además, promueve la coordinación interdisciplinar, la formación continuada y la mejora de la calidad asistencial.

Características clínicas y epidemiológicas de los niños adoptados internacionalmente: experiencia de diez años en una unidad especializada.

Sonia Milkova¹, Lucía Escolano Taravillo², Blanca Bravo Queipo De Llano³, Noorelain Del Valle De León⁴, Sonia Alcolea Ruiz³, Isabel Mellado Sola⁵, Paula Rodríguez-Molino³, Talía Sainz Costa³, Milagros García López-Hortelano⁶

1. Hospital Universitario La Paz, Instituto De Investigación La Paz (IdiPAZ), Universidad Autónoma De Madrid, Madrid, España
2. Instituto De Investigación La Paz (IdiPAZ), Madrid, España
3. Hospital Universitario La Paz, Instituto De Investigación La Paz (IdiPAZ), Universidad Autónoma De Madrid, Centro De Investigación Biomédica En Red En Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto De Salud Carlos III, Madrid, España
4. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
5. Hospital De El Escorial, Universidad Autónoma De Madrid, Instituto De Investigación La Paz (IdiPAZ), Madrid, España
6. Hospital Universitario La Paz, Instituto De Investigación La Paz (IdiPAZ), Centro De Investigación Biomédica En Red En Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto De Salud Carlos III, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La adopción internacional ofrece una oportunidad de integración familiar a niños y niñas procedentes de diversos contextos socioculturales, frecuentemente marcados por situaciones de pobreza, institucionalización y desigualdad en el acceso sanitario, que influyen en su desarrollo. Describimos las características epidemiológicas, clínicas y demográficas de los niños adoptados internacionalmente atendidos en una consulta especializada durante los últimos diez años.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en un hospital terciario, incluyendo a todos los menores de 16 años atendidos en la consulta de adopción internacional entre 2014-2024.

RESULTADOS

Se incluyeron 272 niños (51.8% mujeres), con una edad media de 5.1 años (± 2.9) y un pico en adopciones en 2018 (76/272; 27.9%). La mayoría procedía de Asia (151/272; 55.5%) principalmente de la India, (96/151; 63.5%), seguida de Europa del Este (69/272; 25.7%), América Central y del Sur (35/272; 12.8%) y África (16/272; 5.8%).

Un 41.6% (112/268) presentaban retraso ponderoestatural a su llegada. Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome alcohólico fetal (9/272; 3.3%) en procedentes de Europa del Este, TDAH (14/272; 5.1%), retraso global del desarrollo (14/272; 5.1%) y retraso en el lenguaje (10/272; 3.6%).

Se detectó ferropenia en 67/188 (35.6%), hipovitaminosis D en 63/188 (33.5%) y eosinofilia en 34/188 (18%). Las infecciones importadas más frecuentes fueron las parasitosis: giardiasis (23.1%); toxocariasis (6,3%), esquistosomiasis (4.4%), estrongiloidiasis (2.2%), hymenolepiasis (2.2%), enterobiasis (1,5%), ascaridiasis

(1.1%) y *Tenia spp* (0.7%). Se diagnosticó infección y enfermedad tuberculosa en 4.7% y 1.8% respectivamente. Hubo 3 casos de hepatitis B crónica, 3 de tiña capitis y 3 de escabiosis (1.1% respectivamente). Se identificaron protozoos no patogénicos o de patogenicidad controvertida en heces en 46.7%.

CONCLUSIONES

Discusión: La exposición a situaciones socioeconómicas adversas, institucionalización y barreras en el acceso a los sistemas sanitarios deficitarios se traduce en una alta carga de patología en esta población vulnerable, en la que predominan las parasitosis y las infecciones, junto con la exposición a tóxicos, los déficits nutricionales y alteraciones del desarrollo, que se suman al desarraigo y choque cultural que supone la adopción internacional, haciendo imprescindible un abordaje integral.

Conclusión: Los niños adoptados internacionalmente presentan una carga significativa de condiciones de salud prevenibles o tratables, reflejo de desigualdades sanitarias y sociales y experiencias vividas antes y durante el proceso de adopción. Es imprescindible realizar un cribado sistemático, y ofrecer tratamiento precoz y apoyo desde unidades multidisciplinarias para favorecer la adaptación e integración familiar y social y mejorar su calidad de vida.

Vacaciones en Paz: Beneficios para la Salud y Bienestar de los Niños y Niñas Saharauis.

ANDREA M^a ESCRIBANO LARREA¹, IRENE CANAL RAMOS¹, HUGO MONELO RODRÍGUEZ¹, BARBARA CANIEGO RUIZ¹, BARBARA RUBIO GRIBBLE¹, CELIA PASCUAL²

1. Hospital Universitario De Getafe, Madrid, España
2. Centro De Salud 1º De Mayo, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde el año 2003 la atención sanitaria de los niños/as procedentes de los campamentos saharauis se realizan en la consulta de Pediatría Social siguiendo el protocolo “Vacaciones en Paz”.

Su objetivo principal es brindar una atención integral, garantizando el derecho de todo niño a una salud óptima y acceso a servicios, (artículo 24 de la CDN).

Objetivos:

- A. Examinar el estado de salud e inmunización de los niños saharauis.
- B. Investigar el impacto del programa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- C. Analizar el grado de adherencia al programa y los beneficios percibidos por las familias acogedoras.

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo que recoge los datos obtenidos de las historias clínicas de los niños/as Saharauis que acuden entre los años 2023 y 2025. Se analizan los resultados de las pruebas complementarias, vacunas recibidas y derivaciones a especialistas.

Finalmente se aplica una encuesta a las familias para valorar la evolución de los niños, el impacto de la experiencia y la disposición a repetirla o recomendarla.

RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de 12 niños. El 75% regresaron al programa años sucesivos. La parasitosis intestinal fue la enfermedad más prevalente (75%) y en el 89% persistía en años consecutivos. El 58% presentó caries, y el 29% recaía. El 42% mostraron alteraciones analíticas, principalmente hipotiroidismo subclínico y ferropenia. El 92 % de los niños recibieron al menos una vacuna de Hepatitis B y/o Triple vírica y/o varicela según resultados de serologías.

Según la encuesta familiar, el 100% percibieron mejoría conductual y emocional. Al 90% les resultó una experiencia enriquecedora, un 10% reportaron dificultades. El 80% repetiría la experiencia y el 20% expresó dudas. Finalmente, el 90% recomendaría la acogida.

CONCLUSIONES

Las enfermedades de los niños saharauis reflejan las limitaciones sanitarias propias de su país de origen. No obstante, la atención médica y cobertura vacunal evidencian el éxito del programa en la mejora de su salud.

La alta adherencia responde a la valoración positiva de las familias, pero persisten dificultades en la adaptación, impacto intrafamiliar y seguimiento médico, reflejando la necesidad de mayor apoyo y preparación para superar barreras culturales.

El programa ofrece atención médica a los menores favoreciendo su integración social y vínculos afectivos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Además, sensibiliza sobre los derechos del niño y la salud haciendo necesario su difusión para potenciar su alcance e impacto.

Abordaje de los determinantes estructurales en la salud infantojuvenil: retos y propuestas desde la pediatría social hacia 2030

Manuel Sobrino Toro ¹, Raquel Páez González², Carme Vidal Palacios ³

1. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Sevilla, España
2. CENTRO SALUD 5B ALBACETE, Albacete, España
3. HOSPITAL SON LLATZER. PALMA DE MALLORCA, Otra, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La salud infantil y adolescente está condicionada por determinantes estructurales como pobreza, violencia, exclusión, contaminación y migraciones. Estos factores generan enfermedades evitables y perpetúan desigualdades que afectan la salud de los NNA. La pediatría social debe abordar estos condicionantes para promover la equidad en salud y el bienestar infantil, alineándose con los objetivos globales de desarrollo. Esta comunicación tiene como objetivo identificar los principales desafíos estructurales que afectan la salud de los NNA en España y proponer líneas de acción transformadoras desde la pediatría social hacia el futuro.

MÉTODOS

La metodología se basa en una reflexión narrativa apoyada en la experiencia clínica y comunitaria de los autores del trabajo, pertenecientes a la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS), analizando los principales determinantes que afectan a los NNA y estructurando la reflexión en torno a ocho ejes prioritarios

RESULTADOS

Los siguientes ocho desafíos estructurales requieren atención desde la pediatría social:

1. **Pobreza infantil y malnutrición estructural:** Afecta al 27,8% de los NNA en España, provocando inseguridad alimentaria y acceso limitado a entornos saludables. Se propone el cribado de determinantes sociales y políticas fiscales sobre ultraprocesados.
2. **Salud mental y sufrimiento emocional silente:** El aumento de trastornos del ánimo y autolesiones exige espacios de ocio saludable y programas de alfabetización emocional.
3. **Violencia en la infancia y adolescencia:** La aplicación efectiva de la Ley LOPIVI y la detección precoz son esenciales para garantizar la protección de los NNA.
4. **Entorno escolar y participación infantil:** Es necesario crear escuelas inclusivas y seguras que favorezcan la participación activa de los NNA.
5. **Discapacidad y neurodiversidad:** Abordar la discapacidad como diversidad humana, garantizando atención inclusiva y apoyo familiar en la transición hacia la adultez.

6. **Impacto migratorio y desarraigo:** Incorporar la justicia migratoria y la mediación intercultural para mejorar el acceso a la salud y la integración de los NNA migrantes.
7. **Salud ambiental y justicia ecológica:** Promover la práctica clínica sostenible y reducir la huella ecológica sanitaria, creando entornos urbanos saludables.
8. **Cobertura vacunal y confianza social:** Reforzar la "vacunología social" mediante estrategias de accesibilidad cultural y participación informada para mantener altas tasas de vacunación.

CONCLUSIONES

Los determinantes estructurales que afectan la salud de los NNA exigen una reorientación de la pediatría hacia un modelo integral y equitativo. La pediatría social es clave para abordar estos desafíos, integrándola en la formación de pregrado, profesional y las políticas públicas junto con la creación de unidades consultivas e intersectoriales que trabajen en red.

POSTERS

DE LA OBESIDAD A LA ANOREXIA NERVIOSA, FACTORES DE RIESGO SOCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Paula Ruiz López

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El análisis del riesgo social de un paciente, detectado en Atención Primaria a través del modelo "F.A.C.T.O.R.E.S" (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) facilita el abordaje integral de los mismos y contribuye a detectar de forma precoz una evolución desfavorable de la enfermedad.

RESUMEN DEL CASO

Paciente mujer de 11 años de edad, en seguimiento en consulta de Atención Primaria por obesidad. Inicialmente se aplican medidas dietéticas para su manejo, con mala adherencia terapéutica. Tras tres meses de seguimiento, inicia autolesiones y crisis de ansiedad. Nueve meses más tarde comienza con trastorno de la conducta alimentaria tipo anorexia restrictiva, con pérdida de peso de 6 kg en 2 meses y distorsión de la imagen corporal.

Desde el inicio del seguimiento se detectan numerosos factores de riesgo social (modelo "F.A.C.T.O.R.E.S") y se deriva a Servicios Sociales Municipales. La familia rechaza intervención tanto a nivel familiar como en terapia grupal con otros adolescentes.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Material y métodos: A propósito de un caso clínico se revisan factores de riesgo social, utilizando el modelo "F.A.C.T.O.R.E.S", considerando que pueden influir en la evolución de la enfermedad.

Discusión: La anamnesis de adolescentes por medio del modelo "F.A.C.T.O.R.E.S" permite analizar la historia clínica de forma integral (enfoque bio-psico-social), facilitando la detección precoz de factores de riesgo social que pueden ser determinantes en la evolución de la enfermedad. En nuestro caso clínico se detectaron diversos factores de vulnerabilidad social desde el inicio del seguimiento.

Según la bibliografía revisada, no se han descrito factores de riesgo social específicos para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Si bien, eventos traumáticos a edades tempranas, son altamente sugestivos de favorecer el desarrollo de dichos trastornos, destacando el abuso sexual infantil y el abuso emocional (sobre todo relacionado con comentarios despectivos acerca del aspecto físico).

Conclusiones: Resulta imprescindible analizar los factores de riesgo social desde la consulta de Atención Primaria ya que pueden condicionar el curso clínico de una enfermedad. En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, existen factores de riesgo social que pueden influir en su desarrollo si bien no existe ninguno específico ni determinante. Se necesitan más estudios para evaluar la implicación del riesgo social en estos pacientes.

PEDIATRÍA SOCIAL: DOS POSICIONAMIENTOS NECESARIOS PARA COMPLEMENTARSE ¿ESTAMOS DISPUESTOS?

Rafael Navarro Pérez¹, Anna Avellá García, Beatriz Tomás Aguirre³, Carmen Millán Olmo⁴, Amalia Bataller Alberola⁵

1. CS Alberic, Valencia, España
2. Residente Pediatría Hospital Peset, Valencia, España
3. CS Serrería II, Valencia, España
4. CS Torrent II, Valencia, España
5. CS Malvarrosa, Valencia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Pediatría Social “abarca todas aquellas situaciones en las que la salud de NNA sufre por una causa externa social y como esta pérdida de salud repercute en su entorno social” (1).

Desde siempre han existido dos formas de organizarse ante el problema:

- Una transversal: todo pediatra debe considerarse pediatra social.
- Otra especializada: situaciones sociales que requieren la intervención de unidades específicas: unidades de Pediatría Social.

Objetivos:

- 1.- Reflexionar sobre cada posicionamiento.
- 2.- Buscar puntos de encuentro.
- 3.- Llegar a una complementación de ambas posturas.

MÉTODOS

Análisis de las guías de ambas tendencias.

RESULTADOS

La Pediatría Social está contemplada como una subespecialización de la Pediatría tal y como consta en el libro blanco de la especialidad de la Asociación española Pediatría (2). Se defiende la necesidad de formación específica a través de la creación de una red de unidades de Pediatría Social. En el 2024 existían 17 unidades ubicadas todas en Hospitales.

En el documento fundacional del grupo de trabajo de pediatría social y comunitaria de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria se reconoce que no debería existir la figura del pediatra social ya que *“toda la pediatría es social”* (3).

Dos posturas divergentes. Nos planteamos que existen puntos comunes recogidos en los objetivos de ambos grupos:

- En ambos el centro es el NNA y la preocupación por su bienestar.
- Los dos recalcan la importancia de los condicionantes sociales como elementos fundamentales del estado de bienestar de los menores de edad.

CONCLUSIONES

Discusión:

Si los objetivos son comunes ¿Podemos llegar a un punto de encuentro que complemente ambas posturas?

Conclusiones:

- Se propone un modelo de intervención donde la tendencia sea a la capacitación total del Pediatra (tanto de Atención Primaria como de hospitalaria) para ser capaz de tener en cuenta como el entorno social influye en el estado de bienestar y salud de la población infantil.
- Deberán existir unidades de referencia cuyos objetivos serán:
 - Ser motores que impulsen esta implementación en materia de pediatría social.
 - Asesorar al Pediatra que lo solicite en temas que por su complejidad requieran de una actuación más específica.
 - Coordinar la intervención en aquellos NNA en situaciones de desprotección que cambien de ubicación.
 - Descentralización: no necesariamente estarán ubicadas a nivel hospitalario.

Los Jueves Pediátricos: una experiencia docente en Pediatría Social en el grado de Medicina.

Rafael Navarro Pérez¹, Beatriz Tomás Aguirre², Amalia Bataller Alberola³, Gemma Ochando Perales⁴, Rafael Fernández- Delgado Cerdá⁵, Empar Lurbe I Ferrer⁵, Juan Ignacio Muñoz Bonet⁵, Francisco José Aguilar Bacallado⁵, Julia Colomer Revuelta⁵

1. CS Alberic, Valencia, España
2. CS Serrería II, Valencia, España
3. CS Malvarrosa, Valencia, España
4. Hospital La Fe, Valencia, España
5. Universitat Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Pediatría Social, centrada en los determinantes sociales y ambientales que afectan a la salud infantil, está reconocida como esencial en la formación médica. Sin embargo, en el pregrado, su presencia curricular es limitada y poco estructurada. El proyecto “Los Jueves Pediátricos” surgió como respuesta a esta carencia, con el objetivo de incorporar contenidos humanísticos y sociales en las asignaturas troncales de Pediatría del grado en Medicina, fomentar la reflexión ética y profesional, y promover la interacción con profesionales de distintos ámbitos.

MÉTODOS

La actividad consiste en una serie de webinars mensuales integrados en las dos asignaturas semestrales troncales de Pediatría, impartidos por profesionales invitados, con participación destacada de miembros del grupo de trabajo de Pediatría Social de la Sociedad de Pediatría regional. Las sesiones abordan temas como derechos de la infancia, violencia intrafamiliar, migración, identidad de género, salud medioambiental, entre otros. Se desarrollan a través de las plataformas virtuales con acceso síncrono. El estudiantado participa mediante preguntas y la entrega de una reflexión en su portafolio, evaluada con una guía estructurada.

RESULTADOS

Desde el curso 2020-2021 se realizan ocho sesiones por curso. La asistencia media es superior al 90% (241-294 estudiantes/sesión), la entrega de reflexiones alcanza al 95% de los asistentes. Las valoraciones del estudiantado destacan el interés de los temas, la importancia de las humanidades en su formación y el valor de la reflexión personal. Se observan mejoras en competencias como la conciencia social, el respeto a la diversidad, la ética profesional y la capacidad crítica. La participación activa del Grupo de Trabajo de Pediatría Social ha generado una colaboración estrecha con el Departamento Universitario que ha despertado un notable interés. Como resultado, se han desarrollado varios trabajos de fin de grado codirigidos, consolidando el vínculo académico y reforzando el enfoque social en la formación médica.

CONCLUSIONES

La experiencia se alinea con las recomendaciones internacionales sobre la enseñanza de la Pediatría Social, que abogan por metodologías activas, aprendizaje experiencial, colaboración interdisciplinar y enfoque en justicia social. “Los Jueves Pediátricos”

representan una propuesta eficaz para abordar estas dimensiones en el pregrado, superando la fragmentación curricular y promoviendo una formación integral.

El proyecto constituye una experiencia docente innovadora, transferible y generalizable, que contribuye a llenar el vacío curricular del pregrado de Medicina en Pediatría Social. Se propone avanzar hacia una definición estructurada de competencias específicas en este ámbito y explorar su extensión a otras titulaciones relacionadas con la salud infantil.

Lo que el pelo esconde

Esther Vaquero, Laura Saniger Rodríguez, Sara Marquina Cintora , Beatriz Castaño Torrijos

CS Ciudades, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los hallazgos físicos pueden esconder condiciones psicológicas subyacentes, particularmente en menores, donde las manifestaciones como la alopecia pueden ser señal de trastornos emocionales no detectados. Un diagnóstico completo debe ir más allá de lo físico e incluir una evaluación psicosocial detallada para abordar adecuadamente el caso.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 10 años que acude con su abuela por placa de alopecia no pruriginosa en región parietal izquierda tratada con ciclopirox champú, previa recogida de cultivo de hongos que resulta negativo. Pese al tratamiento ha empeorado, la zona es más extensa y ha perdido pelo en otras localizaciones [imágenes]. Se realiza valoración con dermatoscopio observando pelos rotos de distinta longitud, puntos negros, algunos con puntas abiertas y otros más débiles en crecimiento [imágenes].

Tras confirmar la sospecha de tricotilomanía con Dermatología se revisa la historia clínica (procede de otro centro) observando que no tiene vacunas desde los 6 meses. Se contacta telefónicamente con la abuela, que muy reticente dice que el niño está bien y tiene buen carácter, negando factores estresantes en el entorno. Respecto a la vacunación sí se muestra más colaboradora y accede a traerle.

Aprovechando la visita se empieza una evaluación psicosocial, en la que cuenta que está escolarizado y bien cuidado, que no había acudido antes porque ha estado sano. También pone en nuestro conocimiento que el niño y sus hermanos llevan ocho años a su cargo porque la madre ha estado cumpliendo condena en la cárcel. Acordamos seguir acudiendo para actualizar vacunas y continuar el abordaje psicosocial del menor, incluyendo también a los otros niños.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- La tricotilomanía es un trastorno relacionado con el control de impulsos, que podría estar funcionando como un mecanismo de autorregulación emocional frente a un entorno familiar estresante, con una estructura de apoyo limitada.
- Se resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinar que contemple la interacción entre aspectos médicos y emocionales, especialmente en pacientes pediátricos en contextos vulnerables
- La identificación temprana de estos problemas en Atención Primaria permite intervenir de manera más efectiva en el bienestar integral del menor.



1760617421Trico.jpg

Comorbilidades Sociales en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Inés Loreto Gallán Farina¹, Alba Pardo Cao², Araceli López Santos³, María Pérez Pascual⁴

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, La Coruña, España
3. Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, España
4. Hospital Universitario La Paz., Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)** es un diagnóstico neuroconductual prevalente en la infancia y la adolescencia, cuyo fenotipo clínico está significativamente modulado por factores ambientales y psicosociales, especialmente el entorno familiar. La coexistencia del TDAH y el **Trastorno Negativista Desafiante (TND)** es frecuente, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico. Las conductas oposicionistas en adolescentes no siempre se corresponden con un trastorno específico, dado que pueden ser la respuesta ante una situación social desfavorecedora, manifestándose como pérdida de control de impulsos y disregulación emocional.

RESUMEN DEL CASO

Adolescente de 15 años que es valorada en las consultas del adolescente de un hospital terciario por **clínica compatible con TDAH** (muy movida, inatenta, interrumpe conversaciones, etc) que le afecta en las tres esferas (escolar, familiar y social). Se realiza una evaluación a través de cuestionarios a los padres y profesores y se decide iniciar tratamiento para controlar los síntomas. Además, asocia un **importante componente de impulsividad** centrado exclusivamente **en el ámbito familiar**. Mediante una evaluación integral de la paciente, se evidencia una situación social de conflicto parental post-separación (ocurrida a los 8 años de la paciente), con desacuerdos educativos y una difícil relación con la figura paterna.

Durante el seguimiento, la paciente manifestó sentimientos de incomprensión, frustración y una necesidad de validación y reconocimiento. El equipo multidisciplinar (Pediatria, Salud Mental Infanto Juvenil, Servicios Sociales) concluyó que la sintomatología oposicionista manifestada podría estar primordialmente vinculada a la inestabilidad emocional y la disregulación conductual generada por el **estrés psicosocial y el conflicto familiar** crónico, en lugar de tratarse de una manifestación primaria de comorbilidad con TND. Se implementó un **plan de intervención interdisciplinar** (mediación familiar, apoyo psicológico intensificado y coordinación sociosanitaria-educativa).

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Este caso ilustra cómo los factores psicosociales y relacionales pueden amplificar o simular cuadros de trastorno conductual en adolescentes con TDAH. El enfoque de la Pediatría Social es esencial para **identificar la influencia contextual** y evitar la medicalización iatrogénica de conductas que son, fundamentalmente, una respuesta emocional a dinámicas ambientales disfuncionales. La intervención interdisciplinar y el fomento de un entorno estable son las claves terapéuticas en estos casos.

Absentismo escolar, “un síntoma” a investigar.

ALBA PARDO CAO¹, ARACELI LÓPEZ SANTOS², INES LORETO GALLÁN FARINA, MARÍA PÉREZ PASCUAL⁴

1. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, La Coruña, España
2. Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, España
3. Hospital Universitario Miguel Servez., Zaragoza, España
4. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El absentismo escolar constituye un problema relevante en la adolescencia, con repercusiones a nivel académico, emocional y social.

Suele estar asociado a múltiples factores entre ellos: dificultades familiares, problemas de adaptación escolar, cambios de centro, conflictos emocionales, falta de apoyo social...

Investigar las causas subyacentes es imprescindible para diseñar estrategias eficaces de prevención e intervención.

RESUMEN DEL CASO

Se presenta un caso de una paciente de 15 años que acude a nuestra consulta con absentismo escolar. Se realiza una entrevista enfocada en las esferas bio-psico-sociales en la que destaca un entorno con padres poco presentes por motivos laborales, Centrándose la crianza y la convivencia con los abuelos, viendo a los progenitores sólo los fines de semana. Presenta antecedentes de acoso escolar, sintiendo poca respuesta a éste por parte de su instituto, estos hechos promueven cambios de centro escolar, dificulta su rutina y estabilidad, desencadenando absentismo escolar.

A nivel psicológico presenta ansiedad y dificultad para gestionar las emociones, además relata seguimiento en la infancia en consultas de salud mental por “echar de menos a sus padres”.

Se realiza seguimiento estrecho de la paciente acudiendo a sucesivas consultas, potenciando hábitos de vida saludable y realizando un abordaje multidisciplinar con gabinete de absentismo, educador social, servicios sociales, y centro escolar.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El absentismo escolar en muchos casos refleja dificultades en el ámbito familiar, social o escolar, requiriendo un abordaje integral e interdisciplinar. La identificación precoz de factores de riesgo, tanto individuales como familiares y contextuales, resulta esencial para diseñar intervenciones efectivas permitiendo la reincorporación progresiva del menor al sistema educativo.

Investigar y abordar las causas subyacentes del absentismo escolar no solo mejora la asistencia, sino que contribuye a la prevención de problemas emocionales, sociales y académicos a largo plazo.

Una cara actual del Trastorno Facticio del Cuidador: activismo neurodivergente y pantallas confabulados. A propósito de un caso.

Alejandra Díaz García¹, Ana Rosa Sánchez Vázquez², María Isabel Contreras Parody², Tanita Laycock²

1. Hospital Universitario De Canarias, Santa Cruz De Tenerife, España
2. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo en el que, en grado variable, pueden afectarse el comportamiento, la comunicación y las relaciones sociales. El objetivo médico es facilitar las terapias que conduzcan hacia la mayor recuperación e integración posibles, así como identificar los factores de riesgo que las impidan. Estos últimos pueden ir desde la privación sensorial hasta la exposición abusiva a pantallas.

El síndrome de Munchausen por poderes, actualmente trastorno facticio del cuidador es una forma compleja de maltrato infantil. Clásicamente descrito como inducción o simulación de síntomas, bajo nuevos paradigmas sociosanitarios se describe recientemente de nuevas formas, más sutiles.

RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso de una menor de cinco años, hija mayor de una madre con antecedente de fenotipo ampliado de autismo, tricotilomanía y anorexia nerviosa, y un padre con TDAH. Sólo el padre está laboralmente activo y niegan red de apoyo.

La menor tiene como antecedente TEA diagnosticado a los dieciocho meses, con afectación grave de la comunicación y alimentación y dos ingresos hospitalarios por complicaciones. Recibe seguimiento integral, destacando en todas las consultas absentismo frecuente, rechazo de los estudios de organicidad, y desacuerdo con seguimiento en Atención Temprana y Pediatría Social por las metodologías y ante conocimiento de coordinación con Servicios Sociales. Además, suma veinticuatro consultas a Urgencias, falta a los controles del niño sano y no completa la vacunación acelerada activada.

Actualmente la situación social comprende absentismo escolar, aislamiento de iguales y del entorno, con pobre estimulación sensorial. Asimismo, es expuesta abusivamente a pantallas y no cuenta con rutinas organizadas. Si bien la madre (responsable principal) aparenta control y elección consciente entre diferentes corrientes respecto a los cuidados, la realidad es que la oposición a las medidas sociosanitarias ofrecidas y el comportamiento parental impiden activamente la recuperación, comprobada posible, de la menor. Se trata, por tanto, de maltrato infantil por negligencia y cuidados patológicos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Evidenciamos y alertamos a través de un caso clínico sobre una nueva forma de maltrato infantil compatible con el trastorno facticio del cuidador: a través del rechazo y

sabotaje de las terapias que propician la autonomía y desarrollo de los menores “neurodivergentes” que las precisan, así como el sometimiento nocivo a pantallas de forma consciente. Con ello esperamos contribuir a la detección de este grave trastorno bajo nuevas dinámicas parentales, para la mejor protección de los menores.

CUANDO LA VIDA AHOGA. SUMANDO EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.

Araceli López Santos¹, Inés Loreto Gallán Farina², Alba Pardo Cao³, María Pérez Pascual⁴

1. Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
3. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, La Coruña, España
4. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) se definen como aquellas experiencias traumáticas, crónicas o recurrentes, que acontecen en la vida del individuo hasta los 18 años de edad, constituyendo los primeros años la etapa más vulnerable. La situación de estrés crónico que se mantiene en estos niños y/o adolescentes suele desembocar en alteraciones tanto físicas como mentales que pueden perpetuarse hasta la edad adulta, afectando a su desarrollo integral.

RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso de una niña de 15 años, **inmigrante** de origen latinoamericano, en España desde los 13 años de edad. Presenta pérdida de peso injustificada con inconformidad con la imagen corporal sin cumplir criterios de trastorno de alimentación, así como absentismo escolar. Al realizar una valoración integral detectamos que en su “mochila” acumula múltiples EAI como la **separación a los 13 años de la familia** (unos en su país y otro en España, ahora están todos en España pero **sin permiso de residencia**), **pobreza, alcoholismo del padre, violencia de género con orden de alejamiento o negligencia en cuidados**. Todo ello en una etapa de desarrollo cognitivo como es la adolescencia desemboca en bajo ánimo, síntomas depresivos con aparición de ideación autolítica, autolesiones y episodios repetidos de crisis de ansiedad que precisan atención psiquiátrica urgente. Con el inicio de las relaciones sexuales relata pensamientos intrusivos de episodios de abuso sexual por parte de un familiar a los 6 años de edad.

Durante el seguimiento recibe atención en consulta de Medicina del Adolescente, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social. Recibe tratamiento farmacológico, terapéutico y asesoramiento continuado en materia de salud, así como a nivel académico y sociolaboral.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los EAI constituyen un problema frecuente en la población infanto-juvenil, que precisa de una intervención precoz con un abordaje multidisciplinar. El sumatorio de experiencias adversas aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la edad adulta incluso una disminución de la esperanza de vida de hasta 20 años. El objeto de atención debe recaer tanto en el individuo como en el núcleo familiar si la situación lo requiere. Es importante detectar a tiempo esta problemática, con el fin de preservar el bienestar del menor y asegurar un adecuado desarrollo y buen funcionamiento en la edad adulta.

Características y manejo de los casos de violencia sexual infantil en urgencias pediátricas.

Nerea Aldabe¹, María Zufia¹, Julia Marín², Isabel Gimeno¹, Sofía García¹, Cristina Epalza¹

1. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España
2. Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La violencia sexual infantil (VSI) es un problema de salud pública. El sistema de salud es clave en su detección y manejo. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los VSI atendidos en urgencias pediátricas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo, a partir de registros al alta con diagnóstico de VSI en urgencias pediátricas de un hospital terciario, de octubre 2021 a septiembre 2024.

RESULTADOS

Se incluyeron 82 episodios VSI de 190.742 visitas (0,4‰), objetivando un aumento: 0,3‰ primer año a 0,6‰ tercer año ($p=0,015$).

Las víctimas fueron principalmente mujeres 72/82(87%), 54/82(66%) nacidas en España y 27/82(33%) en Latinoamérica. La edad mediana fue 12,5 años (RIC 6,0;14,25); 53/82(65%) adolescentes (≥ 10 años), con relaciones sexuales previas 21/82(26%). Habían sufrido un episodio previo de VSI 7/82(9%), 17/82(21%) tenían seguimiento previo en salud mental, 15/82(13%) incluyendo medicación. En 34/82(41%) se identificó situación familiar compleja.

El agresor era hombre 79/82(96%) conocido de la víctima 59/82(72%), principalmente de ambiente familiar 27/82(33%), escolar 12/82(15%) y pareja 6/82(7%).

El primer receptor fue urgencias 48/82(58%), primaria 10/82(13%) y colegio/instituto 6/82(7%); principalmente agresiones puntuales 47/82(57%), siendo repetidas (>3 veces/ >1 mes) 18/82(22%), asociando sustancias 17/82(21%): 11/82(13%) alcohol, 10/82(12%) sumisión química/tóxicos. Consultaron tras < 72 h desde el evento 43/82(52%).

De las VSI con datos (72/82;88%), se reportó contacto físico en 71/72(99%): penetración vaginal 32/71(45%), penetración anal 5/71(7%), sexo oral 3/71(4%), otro (masturbación/tocamientos) 31/71(44%). En 20/82(24%) hubo lesiones físicas.

Se recogieron muestras microbiológicas en 49/82(60%), 49/71(69%) con contacto físico reportado. Hubo 22 detecciones en 13/49(27%) pacientes, principalmente *C.trachomatis* 9/13(69%) y *N.gonorrhoeae* 4/13(31%). Se extrajo serología en 45/82(55%), todas negativas. Se pautó antibioterapia en urgencias en 26/82(32%). De los casos indicados, se inició profilaxis post-exposición VIH en 16/23(69%).

De las pacientes indicadas, se realizó prueba de embarazo en 40/45(89%): una positiva (1/45;2%).

De las 67/82(81%) con datos, 25/67(37%) denunció a la policía antes de urgencias, 1/67(2%) en urgencias, 18/67(27%) después y 23/67(34%) nunca.

De los 33/82(40%) casos con contacto al forense, en 5/33(15%) desestimó necesidad de evaluación.

Hubo seguimiento médico en 61/82(74%), 27/82(33%) únicamente hospitalario, 12/82(15%) atención primaria, y 22/82(27%) en ambas; 34/61(56%) registraron alteraciones médico-psico-sociales posteriores.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra un aumento de VSI en urgencias, la mayoría mujeres adolescentes. Cabe destacar que más de un tercio de las víctimas no realizaron denuncia del episodio vivido. Es necesario optimizar el manejo de VSI en urgencias, con relevantes consecuencias médico-psico-sociales, incluyendo la unificación multidisciplinar sin desplazamiento de la víctima.

<https://www.aepeventosdigitales.com/files/comunicaciones/anexos/1761168854Tabla.pdf>

CUIDADO INFANTIL Y CULTURA: DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN URGENTE A LACTANTES INMIGRANTES

Andrea Espada García, María Martínez Esparcia, Raquel Páez González, Nuria Roda Martínez

CHUA, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

La inmigración ha aumentado en España en los últimos años, impulsada por conflictos en los países de origen y por la búsqueda de mejores condiciones de vida. Las diferencias culturales influyen significativamente en las prácticas de crianza, la percepción del riesgo y el uso de los servicios sanitarios. En ocasiones, determinadas conductas pueden interpretarse erróneamente como negligencia parental desde una mirada biomédica, cuando en realidad se enmarcan en contextos culturales, estructurales o de vulnerabilidad social.

El objetivo de esta comunicación es analizar, desde la práctica clínica, cómo la diversidad cultural condiciona la atención urgente infantil y reflexionar sobre el principio de negligencia no intencionada en el abordaje pediátrico

RESUMEN DEL CASO

Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en la experiencia en un servicio de urgencias pediátricas. Se seleccionaron dos casos clínicos de lactantes menores de dos años atendidos por motivos aparentemente accidentales, en los que se identificaron factores culturales y socioeconómicos relevantes para la comprensión de los hechos.

Caso 1: Lactante de 8 meses, de origen rumano, que sufrió una electrocución por contacto con un cable pelado en el domicilio. La familia vivía en condiciones precarias y desconocía los riesgos ambientales.

Caso 2: Lactante de 21 meses, intervenida de mielomeningocele en Pakistán, con válvula de derivación ventrículo-peritoneal, que acudió por estreñimiento. Se detectó una quemadura de siete días de evolución en un miembro insensible, no valorada previamente por falta de percepción de riesgo y desconocimiento del sistema sanitario.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Estos casos ejemplifican situaciones de negligencia no intencionada, donde las omisiones en el cuidado infantil no derivan de desinterés o maltrato deliberado, sino de diferencias culturales, condiciones estructurales y desconocimiento de los recursos disponibles. La respuesta pediátrica debe evitar juicios moralizantes y promover una interpretación contextualizada de los comportamientos parentales.

La competencia cultural, la mediación intercultural y el trabajo interdisciplinar son herramientas esenciales para generar confianza con las familias y favorecer la adherencia a las recomendaciones médicas. En el marco de la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI), el abordaje debe priorizar el acompañamiento, la educación sanitaria y la coordinación con los servicios sociales antes que la derivación sancionadora.

La diversidad cultural en los cuidados infantiles exige una pediatría socialmente sensible, capaz de distinguir entre negligencia intencionada y no intencionada. Formar a los equipos en competencia cultural y fortalecer las redes intersectoriales permite ofrecer una atención equitativa, protectora y respetuosa con la pluralidad familiar.

Factores sociales de vulnerabilidad ante terapias alternativas y complementarias en población pediátrica

Mónica Calviño Costas¹, Julio Heras Domínguez¹, Esther Barrios Miras²

1. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España
2. Centro De Salud De Mejorada Del Campo, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente de 13 años, procedente de Rumanía, diagnosticado de Trastorno del espectro autista (TEA) grado 3 no verbal. Presenta alteración de conducta que precisa varios ingresos, sin respuesta a tratamientos habituales.

Familia monoparental con bajos recursos. Madre desbordada comenta su intención de viajar a Turquía para someterle a una terapia de trasplante de células madre como cura del autismo, recomendada por un familiar cuyo hijo presentó mejoría con ella.

Se revisa la literatura sobre terapias alternativas y complementarias (TAC), con el objetivo de describir los determinantes sociales que predisponen a recurrir a las mismas.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura sobre el uso de TAC en población pediátrica, mediante una búsqueda bibliográfica en PubMed, Elsevier y Springer de publicaciones entre 2015-2025.

RESULTADOS

Las TAC se definen como “Un conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional”. La alternativa sustituye al tratamiento estándar, mientras que la complementaria se utiliza junto al mismo.

Las patologías crónicas (TEA, TDAH, epilepsia, cáncer, ansiedad y asma) son las más asociadas con el uso de TAC. La percepción de ineficacia de tratamientos convencionales, la ausencia de tratamiento curativo y la influencia de información no científica (divulgada por redes sociales o personas cercanas), son las principales motivaciones para su uso. Los factores de mayor vulnerabilidad incluyen tener un alto nivel educativo y económico, barreras de acceso a la atención pública, pacientes no verbales y determinadas creencias culturales.

En pacientes con TEA, en Europa se describe una prevalencia de uso de un 47%, predominando las medidas dietéticas. Para las TAC invasivas o agresivas, la prevalencia cae hasta un 2.4%. Mayor uso en países del Este.

En nuestro caso clínico, existía una enfermedad con tratamientos ineficaces y mala evolución, unido a factores de vulnerabilidad como las barreras en atención, paciente no verbal y aspectos socioculturales y del entorno favorecedoras de su uso. La detección precoz facilitó el acompañamiento y el proceso de información que condujo al rechazo de estas terapias.

CONCLUSIONES

El uso de TAC, puede surgir de la frustración ante la falta de tratamiento curativo de patologías crónicas y la influencia de fuentes de información no científicas, unido a factores de vulnerabilidad personales y del entorno.

Es importante que el pediatra se muestre accesible y explore, ante pacientes de riesgo, el inicio de terapias potencialmente dañinas para el menor, por ser agresivas, ineficaces o sustitutivas del tratamiento convencional.

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH TRAS AGRESIONES SEXUALES A MENORES.

Araceli López Santos¹, María Pérez Pascual², Ana De Vicente Fernández ², Blanca Bravo², Carlos Grasa², Paula Rodríguez-Molino², Alejandro De Gea Grela², Julia Sánchez Lominchar³, Isabel Mellado Sola², Talía Sainz Costa⁴

1. Hospital Clínico Universitario De Valladolid (HCUV), Valladolid, España
2. HULP, Madrid, España
3. Universidad Autónoma De Madrid (UAM), Madrid, España
4. HULP, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Diversos factores, como la ausencia de una educación afectivo- sexual integral, la exposición a contenidos inapropiados a través de internet o el uso y abuso de sustancias contribuyen a un aumento de la violencia sexual (VS) en nuestro medio. Entre otras secuelas se encuentran las infecciones de transmisión sexual (ITS). La profilaxis postexposición frente al VIH (PPE) ha demostrado eficacia, pero existen pocos datos en niños y adolescentes.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario español entre 2011 y 2023. Se revisaron todos los pacientes menores de 18 años evaluados tras un contacto de riesgo, y se describieron las características de la exposición y las indicaciones de PPE.

RESULTADOS

Se evaluaron 213 episodios, de los que 187 correspondían a VS, registrando un aumento a lo largo del periodo de estudio con pico en 2021 ($p = 0,016$). La mediana de edad fue de 13,6 años (IC95 %: 9-15), 84,5 % eran mujeres. En un 49,3 % de los casos hubo penetración vaginal y en un 17,4 % anal, con violencia física en un 40,3 % y en 14,8 % uso de sustancias.

Se inició PPE en el 54,5 % de los casos: 15,2 % en <12 años, 74 % entre 12 y 15 años y 88,2 % en >15 años ($p < 0,001$). El régimen más utilizado fue tenofovir/emtricitabina/raltegravir (81,9 %) en pauta dos veces al día. Los efectos adversos fueron principalmente gastrointestinales, en un 19,8 %. El régimen se interrumpió en 8 casos (8,4%) por intolerancia, por considerarse bajo riesgo o por decisión del propio paciente. Un 84,4% completó el seguimiento, y la incidencia global de ITS fue del 13%; no se detectaron infecciones por VIH durante el seguimiento, pero sí sífilis (2,1%), *C. trachomatis* (13, 7%), *N. gonorrhoeae* (12, 6%).

CONCLUSIONES

La PPE es una medida eficaz y bien tolerada, pero la principal barrera es la consulta tardía, sobre todo en los pacientes más jóvenes. Aunque la adherencia ha sido buena en nuestra serie, los nuevos regímenes y combos de antirretrovirales que permiten administración una vez al día podrían mejorar la adherencia. Debe completarse siempre el despistaje de ITS. Resulta clave la implementación de programas de prevención primaria que incluyan educación afectivo sexual que disminuyan la violencia sexual.

Sintomatología neurológica como punta del iceberg de un problema de pediatría social.

Raquel Buenache Espartosa, Saray Rekarte García, Juan Pedro Navarro Romero, Ana Pérez Villena

Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En la práctica neuropediátrica, es frecuente que síntomas inicialmente interpretados como neurológicos sean, en realidad, manifestaciones somáticas o conductuales de conflictos emocionales o sociales subyacentes. Este trabajo pretende destacar la importancia de una visión integral del niño y del adolescente, considerando el contexto familiar, escolar y social como parte esencial del diagnóstico y abordaje clínico. El objetivo es describir una serie de casos en los que una presentación neurológica fue la puerta de entrada a la detección de situaciones de vulnerabilidad o malestar psicosocial significativo.

RESUMEN DEL CASO

Se revisaron varios casos clínicos atendidos en una consulta de neuropediatria hospitalaria. En todos ellos, la sospecha inicial fue de patología neurológica, pero tras una evaluación multidisciplinar (neuropediatria, psicología y trabajo social), se identificaron factores sociales o emocionales determinantes. Se recogen los hallazgos clínicos, pruebas complementarias y evolución tras la intervención.

El primer caso corresponde a una adolescente con episodios paroxísticos compatibles con crisis generalizadas, sin correlato epileptiforme en el vídeo-EEG y con actividad eléctrica basal normal durante los episodios. La anamnesis detallada reveló antecedentes de abuso sexual intrafamiliar, diagnosticándose pseudocrisis psicógenas con resolución tras terapia psicológica.

El segundo caso describe a una adolescente recién llegada de Latinoamérica que presentaba cefaleas tensionales severas e incapacitantes. La exploración neurológica fue normal, identificándose como desencadenante el proceso de adaptación migratoria y las dificultades familiares asociadas.

El tercer caso corresponde a una adolescente con un trastorno de la marcha de inicio brusco y sin hallazgos neurológicos objetivos. Posteriormente se constató un episodio de acoso escolar durante un campamento de verano, con recuperación progresiva tras intervención psicoterapéutica y apoyo escolar.

Por último, se expone el caso de un menor con sospecha de TDAH, en quien se identificó un contexto de violencia familiar y un proceso judicial abierto, siendo el cuadro atencional y conductual una respuesta adaptativa al entorno adverso.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los síntomas neurológicos pueden ser la manifestación visible de un sufrimiento psíquico oculto. La colaboración interdisciplinar y la atención biopsicosocial son esenciales para un diagnóstico adecuado. En estos casos, undiagnóstico erróneo puede llevar a un exceso innecesario de exploraciones complementarias, e incluso a tratamientos farmacológicos inadecuados, además de retrasar la intervención integral psicosocial que mejore el bienestar global del menor.

Proyecto piloto para reducir el uso de pantallas en menores de 6 años en atención primaria

María Tajés Martínez, Blanca Solla Rodríguez, Ana Belén Fernández Lorenzo, María Asunción Álvarez Fraga

CHUO, Orense, España

INTRODUCCIÓN

El uso de pantallas en menores de 6 años se ha generalizado, incluso desde edades muy tempranas. La AEPap y la OMS alertan sobre sus riesgos: alteraciones en el lenguaje, sueño, conducta y desarrollo neurológico. Según sus recomendaciones, los menores de 2 años no deben usar pantallas, y entre los 2 y 6 años se debe limitar su uso a un máximo de una hora diaria, siempre con supervisión adulta y contenido de calidad. La consulta pediátrica en atención primaria es una oportunidad clave para ofrecer educación preventiva y fomentar entornos digitales saludables desde los primeros años. El objetivo de este proyecto piloto es diseñar una intervención educativa dirigida a familias con niños de 6 meses a 6 años con tres propósitos principales: 1) mejorar el conocimiento familiar sobre los efectos del uso precoz de pantallas, 2) promover hábitos digitales saludables en el entorno doméstico, y 3) evaluar la viabilidad de aplicar esta intervención en las consultas pediátricas rutinarias.

RESUMEN DEL CASO

Se propone una intervención educativa grupal en un centro de salud, dirigida a familias captadas durante las revisiones del programa de salud infantil. Se organizarían sesiones mensuales de 45 minutos durante tres meses, estructuradas en tres bloques: (1) información teórica basada en las recomendaciones de la AEPap y la OMS, (2) alternativas de juego no digital según edad, y (3) resolución de dudas. Entre los contenidos prácticos se incluyen propuestas como el “reto pantalla cero” en menores de 2 años o el uso compartido y guiado en mayores de 3 años. Se evaluarán los cambios mediante un cuestionario anónimo pre y post intervención, valorando el tiempo de exposición, tipo de contenidos, grado de supervisión y percepción de los cuidadores. También se recogerán valoraciones cualitativas sobre la utilidad del programa.

Aunque aún no implementado, este tipo de intervención breve puede favorecer una mayor conciencia familiar y cambios sostenibles en los hábitos de exposición digital. Estudios previos sugieren que el consejo pediátrico estructurado, incluso en formato breve, puede ser eficaz y asumible dentro de la actividad asistencial habitual.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Las intervenciones educativas desde atención primaria pueden ser herramientas viables y efectivas en la prevención de hábitos digitales inadecuados en la infancia. Este proyecto piloto aspira a sentar las bases para futuras implementaciones que promuevan un desarrollo infantil más saludable.

Infancia refugiada y salud: atención pediátrica a menores desplazados

Blanca Solla Rodríguez¹, María Tajés Martínez¹, María Asunción Álvarez Fraga², Ana Belén Fernández Lorenzo¹

1. CHUO, Orense, España
2. A CUÑA, Orense, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los desplazamientos forzados derivados de conflictos, violencia, pobreza y desastres han alcanzado cifras históricas, afectando de manera especial a la población infantil. En este contexto, los niños/as y adolescentes refugiados constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a la exposición a experiencias traumáticas, a las barreras de acceso a servicios básicos y a la fragilidad de sus derechos. Este trabajo analiza la situación de la infancia refugiada en España, con especial atención a su acceso a la atención sanitaria pediátrica. Se revisan los marcos legales y el sistema de acogida, así como las principales dificultades a las que se enfrentan. Asimismo, se expone el protocolo de atención sanitaria al menor migrante elaborado por la Asociación Española de Pediatría, que contempla anamnesis, valoración de salud mental, actualización del calendario vacunal y detección de enfermedades. Finalmente, se destacan recomendaciones dirigidas a la práctica clínica, como la formación específica de profesionales, los mediadores culturales y la necesidad de un enfoque integral que atienda tanto la salud física como la psicológica.

Objetivos: Analizar la situación de la infancia refugiada en España, identificar las principales barreras que enfrentan los menores, describir el protocolo de atención pediátrica al niño migrante y proponer recomendaciones de mejora de la atención pediátrica integral a la infancia refugiada.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos publicados entre 2015-2025 con el fin de responder a los objetivos planteados.

RESULTADOS

Se evidenció que la infancia refugiada enfrenta múltiples barreras a nivel sanitario y educativo. Además, se identificó que los menores no acompañados presentan mayor vulnerabilidad y riesgo de sufrir abusos y carencias en la atención. También se evidencia que el protocolo analizado sirve como herramienta fundamental para la detección de enfermedades, actualización del calendario vacunal y la valoración de la salud mental que se ve afectada en la mayoría de los casos debido a las experiencias traumáticas que sufren los menores desplazados fuera de las fronteras de su país.

CONCLUSIONES

Los desplazamientos forzados forman parte de nuestra actualidad afectando a niños, niñas y jóvenes que se ven obligados a iniciar una nueva vida fuera de su país. Por ello, la formación del personal sanitario y la actualización de los protocolos son algunos factores que contribuyen a la mejora en la atención y la salud de los niños y adolescentes. En conjunto, garantizar una atención pediátrica integral a los menores refugiados constituye un elemento esencial para favorecer su pleno desarrollo y su inclusión en la sociedad.

Trabajamos en Red. Coordinación multidisciplinar para la realización de pruebas complementarias en adolescente con autismo.

M.^a Eugenia Galera Arredondo¹, Belén Toribio Rubio¹, Nuria Nieto Gabucio¹, Lucía Llorente Otones¹, Shaila Prieto Martinez¹, M.^a José Rivero Martín¹, Montserrat Dorado Valentín², Carmen Carreira Gomez¹, José Olarra Nuel³, Silvia Tendero Ruiz¹

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España
2. Hospital De Fuenlabrada, Madrid, España
3. Hospital La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La atención hospitalaria a personas con alteraciones en la comunicación e interacción social presenta desafíos particulares, especialmente cuando se deben realizar múltiples pruebas diagnósticas que implican desplazamientos, esperas prolongadas o procedimientos invasivos. Para responder a estas y otras necesidades, se ha desarrollado el programa **T.**, una iniciativa de adaptación inclusiva del entorno sanitario. Este programa busca ofrecer espacios comprensibles, seguros y confortables para los pacientes con TEA +, además de garantizar su derecho a participar activamente en su proceso de atención en salud, contribuyendo así a una mejora en la calidad asistencial y al respeto de los derechos de las personas con discapacidad cognitiva.

MÉTODOS

Presentamos el caso de **D.**, un adolescente de 15 años con **TEA no verbal**, quien utiliza apoyos visuales para comunicarse y presenta alteraciones sensoriales. Durante un control rutinario se detecta una eritrocitosis, lo que motiva su derivación al servicio de Hematología Pediátrica para estudio de posibles causas. Adicionalmente, su madre informa de una tumoración testicular no dolorosa. Ante la necesidad de realizar múltiples pruebas complementarias, se identifican dificultades para llevarlas a cabo en un entorno hospitalario convencional, debido a las características del paciente.

Frente a esta situación, se plantea una **intervención conjunta** con la Unidad de Anestesia, se coordinan los distintos servicios implicados para realizar todas las exploraciones, procedimientos en un solo acto asistencial bajo una única sedación, en la unidad de radiodiagnóstico. El equipo del programa TEAyudamos realiza un trabajo previo de preparación del paciente y su familia mediante apoyos visuales, pictogramas y objetos reales para anticipar el proceso, en colaboración con su centro educativo.

RESULTADOS

Gracias a esta planificación, las pruebas se completan con éxito, sin complicaciones, con una significativa reducción del estrés para el paciente y su familia. La experiencia fue valorada positivamente, destacando la empatía del equipo y la claridad del proceso.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra cómo una **planificación multidisciplinar y personalizada**, basada en la coordinación interprofesional, la anticipación y la comunicación efectiva, permite ofrecer una atención equitativa e inclusiva.

El **modelo T.** se presenta como una estrategia replicable para mejorar la atención pediátrica en pacientes con necesidades especiales, optimizando los recursos sanitarios y humanizando el entorno hospitalario.



1760701665SEDACION PLUS.jpg



1760701665SEDACION.jpg

La pobreza infantil como determinante estructural: impacto neurobiológico y su abordaje clínico en el contexto de la Ley LOPIVI

Raquel Páez González, Manuel Sobrino Toro, María de Los Llanos Torre Quiralte³

1. CS. ALBACETE 5B, Albacete, España
2. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Albacete, España
3. CS LABRADORES. LOGROÑO, La Rioja, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pobreza infantil es un determinante estructural clave que afecta directamente el desarrollo biológico, cognitivo y emocional de los menores. En España, más del 29% de los niños viven en situación de pobreza, lo que tiene un impacto acumulativo que afecta a varias generaciones. Este fenómeno no solo genera exclusión social y económica, sino que también desencadena un daño neurobiológico que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas y trastornos del desarrollo. El objetivo de esta comunicación es exponer la relación entre la pobreza infantil y sus consecuencias en la salud, desde una perspectiva neurobiológica y clínica, y analizar cómo abordarla en el marco legal actual, particularmente con la implementación de la Ley LOPIVI.

MÉTODOS

Este estudio se basa en una revisión de diversas fuentes de datos, incluyendo el Informe AROPE 2025, ALADINO 2023, el estudio sobre pobreza infantil en la UE, y artículos científicos recientes, como el publicado en *Nature Mental Health*, sobre la relación entre desigualdad estructural y desarrollo cerebral. Se utilizó el modelo ecobiodesarrollista para evaluar cómo el entorno socioeconómico impacta la salud pediátrica, especialmente en cuanto a los trastornos neurocognitivos y emocionales derivados de la pobreza.

RESULTADOS

La pobreza infantil está asociada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, trastornos neurocognitivos y problemas de salud mental. Este daño se debe a la activación del eje HHA (hipotálamo-hipófisis-adrenal) y la inflamación crónica, que afectan el neurodesarrollo y la salud emocional. Estos efectos son observables desde la gestación y se amplifican durante la infancia. Los menores que crecen en entornos de pobreza mantenida suelen presentar alteraciones en la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional y mayor morbilidad secundaria a la obesidad o la dificultad en el control de enfermedades crónicas. Estos trastornos se extienden a la adolescencia, donde los jóvenes continúan enfrentando dificultades académicas, sociales y médicas.

CONCLUSIONES

La pobreza infantil no es solo una condición social, sino también un factor biológico de riesgo que debe ser abordado de manera interdisciplinaria. El análisis de la historia biopsicosocial y el uso de herramientas específicas para la detección temprana de los riesgos asociados obliga a la colaboración con otros profesionales que comparten

ámbito de intervención. Asumir la corresponsabilidad en identificar, y acompañar, protege mejor a los menores en situación de vulnerabilidad. Además, la integración de la Ley LOPIVI en la práctica pediátrica, es un mandato ético y legal para garantizar una respuesta integral y efectiva ante la patología derivada de la pobreza.

CUADERNO VISUAL DE APOYO A LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

Marina Casas¹, Belén Toribio Rubio², M.^a Eugenia Arredondo², Sara Más Jiménez³, Esther Sánchez García², Sara Guijarro Jiménez², Elena Fernández Canseco⁴, Paula Sáenz Reguero⁴, Irene Merino Gil⁴, Eva Rodríguez Luque⁴

1. Colegio Al-Bayyana, Almería, España
2. Hospital Universitario De Fuenlabrada, Madrid, España
3. CPEE Sor Juana Inés De La Cruz, Fuenlabrada, Madrid, España
4. Colegio Gil Gayarre, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Ley 27/2007 regula los apoyos y ayudas técnicas para eliminar barreras de comunicación y garantizar la inclusión y participación de las personas con discapacidad. Insta a dotar a las administraciones del Sistema Nacional de Salud de medios que aseguren su acceso a la información y a la comunicación.

El objetivo de este cuaderno es promover la inclusión social en el ámbito sanitario mediante apoyos visuales (Pictogramas de ARASAAC y materiales elaborados en Canva) que faciliten la comunicación, comprensión y expresión entre personas con trastornos de la comunicación y el personal sanitario, y reducir la brecha digital en población mayor no familiarizada con herramientas tecnológicas de apoyo.

MÉTODOS

Es un cuaderno digital y físico con láminas a color en material lavable y fichas despegables que individualizan cada imagen con su texto para facilitar la comprensión, el sistema de comunicación por intercambio de imágenes y evitar la dispersión.

Se estructura por categorías funcionales del ámbito de la salud y constituye un sistema de comunicación aumentativo y alternativo para cualquier edad.

Este cuaderno parte del documento de apoyo visual elaborado por la maestra en pedagogía terapéutica que presenta este trabajo, como recurso educativo en sus aulas.

Durante la visita para entrenamientos en procedimientos de salud de su grupo de alumnos con necesidades especiales al centro sanitario donde las coautoras trabajan, nació una colaboración para mejorar y extrapolar el documento al uso sanitario.

RESULTADOS

Este cuaderno se utiliza desde septiembre de 2025 en el Aula de Salud y en dos hospitales de la Comunidad de Madrid para formaciones sanitarias dirigidas a personas con discapacidad cognitiva e intelectual de cualquier edad. Está disponible públicamente en la web del programa de accesibilidad cognitiva para centros sanitarios. Las familias, educadores y profesionales que lo emplean lo describen como práctico y fácil de manejar. Su impacto se evalúa mediante el número de descargas y encuestas de satisfacción a familias y sanitarios a los 6 meses de su implementación en las unidades hospitalarias.

CONCLUSIONES

Los beneficios de los sistemas visuales de apoyo a la comunicación frente al lenguaje verbal en exclusiva se basan en: la perdurabilidad del mensaje; el fomento del desarrollo de la comunicación y lenguaje de manera funcional.

Facilitar las peticiones, las preguntas y los rechazos disminuyen la frustración y las alteraciones de conducta derivadas de las dificultades de comunicación y aumentan el confort del paciente, el éxito en la práctica asistencial sanitaria y la inclusión social de las personas.



1761332657Captura de pantalla 2025-10-24 a las 20.27.03.png



1761332657Captura de pantalla 2025-10-24 a las 20.28.52.png

Desde el cole al hospital, así pierdo miedo a que me harán

SARA MÁS JIMENEZ¹, MARIA EUGENIA GALERA ARREDONDO², BELÉN TORIBIO RUBIO², CESAR HERNANDEZ MARTINEZ³, VIRGINIA MARÍN LEÑA¹, ROCIO RODRIGUEZ DIAZ²

1. CPEE SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ, Madrid, España
2. HOSPITAL FUENLABRADA, Madrid, España
3. HOSPITAL, Madrid, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Este proyecto nació gracias al corazón de grandes enfermeras y médicos, que nos brindaron la posibilidad de construir juntos una atención sanitaria más adaptada, más humana, más partícipe y más inclusiva donde los protagonistas fuéramos nosotros...los niños/as con diversidad funcional, física, cognitiva, sensorial, lingüística, con multitud de patologías y síndromes, con multitud de consultas médicas, de pruebas, de mucho sufrimiento, miedo e incertidumbre, de evitación de vacunas, analíticas, visitas a urgencias y un largo etc....hasta que descubrimos que trabajando en red y juntos, unidos Cole y Hospital, sanidad y educación, anticipándoles, haciéndoles aproximaciones a exploraciones físicas/pruebas/procedimientos médicos, jugar a ser médicos y siendo protagonistas de su salud, perderían el miedo y así nació un espacio llamado "Aula de Salud" con visitas y entrenamientos periódicos por parte de todos los niños, maestros y sus familias.

MÉTODOS

Desde el Centro contamos con material sanitario así como material de juego simbólico, visual con fotografías y pictogramas, paneles y llaveros para trabajar las anticipaciones, localización del dolor, comprensión de procedimientos, Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación mediante Ipad y Ordenadores, grabadores de voz, APP específicas y cuentos del médico, nuestro muñeco SUPERTEA que nos ayuda a crear un vínculo de apego con el hospital, fotos médico y de los espacios, señalética, etc.

Desde el Hospital contamos con un espacio creado y acondicionado con material para tocar, hacer todas las exploraciones y pruebas de manera relajada y adaptadas a nuestro nivel de comprensión y sensibilidad. Tenemos una Pizarra Digital Interactiva donde ver lo que se va a hacer, simulación de sala de espera y consulta con camilla y sillón.

RESULTADOS

La experiencia es muy necesaria, muy satisfactoria y enriquecedora para todas las partes implicadas: niños con discapacidad de 3 a 21 años, familias, profesores y personal sanitario. Acuden al Aula de Salud desde 2016 con sus compañeros y maestros de referencia, conocen el hospital y cómo son los espacios, aparatos y pruebas, Pierden el miedo, son protagonistas de su salud permitiendo hacerles diversas exploraciones, confiando y no les van a hacer daño. Han evolucionado muy favorablemente en las visitas a cualquier especialidad y hospital.

CONCLUSIONES

Proyectos así, unidos por la mejoría de personas tan frágiles, pero a la vez tan fuertes, con tantas necesidades sanitarias y educativas pero sobre todo de atención y comprensión hacen que merezca la pena continuar con la vocación que cada uno de nosotros eligió. Es nuestra excursión preferida, todos vamos emocionados, felices, confiando, deseando volver.



1761341949IMG_3375.jpg



1761341949IMG_3376.jpg