



## CARTAS AL EDITOR

## Disrafismo espinal y embarazos no controlados, ¿se pueden disminuir?



## Spinal dysraphism and uncontrolled pregnancies, can they be reduced?

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el artículo titulado «Diastematomielia: ¿disrafismo ‘‘oculto’’?»<sup>1</sup> y queremos aportar algunos comentarios en relación con otro caso clínico y las gestaciones poco controladas provenientes de países extranjeros o poblaciones marginales.

Los defectos del tubo neural (DTN) son anomalías congénitas del desarrollo neural con un espectro de manifestaciones clínicas que pueden afectar al cráneo o la columna vertebral<sup>2</sup>.

Los embarazos no deseados son comunes en adolescentes, mujeres con escasos recursos socioeconómicos y bajo nivel educativo, migrantes (barrera idiomática, cultural, etc.), mujeres solteras y mayores de 40 años, aunque ocurren en todas las edades y clases sociales<sup>3</sup>. La falta de planificación de un embarazo priva al neonato de las importantes medidas preventivas aplicables en estadios precoces de la gestación e incluso antes de la misma (prevención de los DTN, infecciones congénitas, etc.).

El disrafismo espinal ocurre en 0,5-8/1.000 casos de nacidos vivos y depende de factores nutricionales, geográficos y étnicos<sup>2</sup>.

La mayoría de los DTN aislados parecen estar causados por la deficiencia de folato en combinación probablemente con factores genéticos o ambientales<sup>3</sup>.

Presentamos a una recién nacida con nacimiento eutócico a término valorada en el paritorio por lesión cutánea lumbosacra sin otra sintomatología asociada (fig. 1). Como antecedentes obstétricos figuran: madre de 40 años migrante de Europa del Este, sana y primípara, fumadora (2-3 cigarros/día). El embarazo fue controlado a partir del tercer mes, sin recibir hasta entonces suplementación con ácido fólico.

Ante la sospecha de mielomeningocele se inició antibioterapia intravenosa y se ocluyó la lesión con gasas húmedas estériles. Fue intervenida a las 24h de vida en el hospital de referencia sin incidencias, siendo diagnosticada de seno dérmico complejo al observarse en la anatomía patológica ausencia de tejido neural. Actualmente, a los 15 meses de vida, tiene un desarrollo psicomotor normal, sin datos de anclaje medular.

Cada año ocurren en todo el mundo alrededor de 99 millones de embarazos no deseados (88 millones en países en vías de desarrollo, el 44% del total de embarazos) y se espera que las cifras continúen aumentando durante las próximas décadas<sup>4</sup>.

A nivel mundial, la mayoría de los embarazos son eventos poco planeados y existe poco conocimiento sobre la importancia del consumo de ácido fólico, como ocurrió en nuestro caso.

Se recomienda que todas las mujeres en edad fértil reciban suplementación con ácido fólico periconcepcional (grado 1A), ya que disminuye la aparición y recurrencia de DTN hasta en un 93% en mujeres que no tuvieron un embarazo previamente afectado y en un 70% en mujeres con y sin un embarazo previamente afectado<sup>4</sup>.

Los embarazos no planificados son, en gran medida, una responsabilidad social. Es importante realizar una política



**Figura 1** Primera exploración física en el paritorio (izquierda), y exploración física en la Unidad de Neonatología (derecha). En las exploraciones se objetiva una lesión cutánea de borde eritematoso, bien definida, excavada, sin aparente continuidad con el canal medular, con vascularización en su superficie de 1,5 × 2,5 cm, siendo el resto de la exploración física y neurológica normal.

sanitaria en materia de prevención desde la promoción, el asesoramiento, la educación y la prevención de la salud, pero también debe existir un compromiso de toda la sociedad.

Creemos que la prevención de los embarazos no deseados en esta población más vulnerable exige un importante esfuerzo tanto de planificación como de organización de la salud pública. Es conveniente potenciar políticas sociales, educativas, económicas y culturales para disminuir o evitar grandes problemas sociosanitarios.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Bibliografía

1. Sánchez Barriopedro L, Pérez Pérez A, Bernardo Atienza B, Ruiz Martín Y. Diastematomielia: ¿disrafismo «oculto»? *An Pediatr*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.03.012>. En prensa.
2. Saitsu H, Yamada S, Uwabe C, Ishibashi M, Shiota K. Development of the posterior neural tube in human embryos. *Anat Embryol (Berl)*. 2004;209:107-17.

3. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptual oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;12:CD007950.
4. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e380-9.

Pablo del Villar Guerra\*,  
Loreto García-Trevijano Cabetas  
y Marina Hernández Carbonell

*Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [pdelvillarguerra@gmail.com](mailto:pdelvillarguerra@gmail.com)  
(P. del Villar Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.07.002>  
1695-4033/ © 2021 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Infección urinaria comunitaria: etiología, resistencias y perfil del paciente en un hospital de referencia



## Community-acquired urinary tract infections: Etiological, resistance and patient's profile at a tertiary hospital

Sra. Editora:

La etiología y resistencia antibiótica en la infección del tracto urinario (ITU) ha sido un tema recientemente abordado en *Anales de Pediatría* con varias cartas al editor desde la publicación del manuscrito de Piñeiro et al., «Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria»<sup>1</sup>. Tras leer las cartas de Oltra et al.<sup>2</sup>, de Chamorro et al.<sup>3</sup> y la respuesta de los autores<sup>4</sup>, quisiéramos comparar sus datos con nuestra serie. Realizamos un estudio retrospectivo entre enero y diciembre de 2016 en niños de 0 a 14 años con diagnóstico de ITU, atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Universitario La Paz. Se excluyeron las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS): enfermedades crónicas, portador de catéter o sondaje urinario intermitente, intervención quirúrgica  $\leq 2$  semanas previas o sondaje urinario  $\geq 7$  días previos. Se recogieron los antecedentes de ITU recurrente ( $> 2$  episodios previos de ITU confirmada en un año), toma de profilaxis y posibles factores de riesgo para ITU como malformación del tracto urinario (MTU), antibioterapia (excluyendo profilaxis) o ingreso hospitalario durante el mes previo (tabla 1). Se incluyeron un total de 169 muestras de pacientes únicos. La mediana de edad fue de 34 meses (RIQ 13-80); el 72% (121)

fueron mujeres. Los patrones de sensibilidad antibiótica se presentan en la figura 1.

El principal agente etiológico fue *E. coli* (tabla 1) tanto en pacientes con uropatía: 26/39 (67%) y sin uropatía: 104/130 (80%), como en niños con ITU recurrente: 23/32 (72%) y sin ITU recurrente: 107/137 (78%). En general existe un acuerdo entre las tres series, si bien Oltra et al.<sup>2</sup> encuentran una prevalencia discretamente menor de este agente en niños con uropatía e ITU recurrente (53%) respecto a los niños sin patología conocida (92%). En el grupo de niños sanos con ITU encuentran una aceptable sensibilidad global (87%) a amoxicilina-clavulánico (AC) que disminuye al 64,2% en pacientes con uropatía conocida. Basándose en estos hallazgos proponen diferenciar estos dos grupos (con y sin uropatía conocida) a la hora de establecer recomendaciones de tratamiento empírico. Proponen AC de elección en los pacientes sin uropatía conocida y biterapia con AC más gentamicina o amikacina en pacientes con uropatía conocida, incluyendo ITU de repetición, dado que en su serie la biterapia alcanza una sensibilidad global de hasta el 99%.

En nuestra serie, el porcentaje global de resistencia a AC fue similar en pacientes con uropatía (20%) y sin uropatía (24%) y en los niños con y sin ITU recurrente (19% vs. 24%). Posiblemente, como ya señalaron Chamorro et al.<sup>3</sup> y Piñeiro et al.<sup>4</sup>, las diferencias entre las series estén relacionadas con distintos patrones de resistencias locales y con la inclusión por parte de Oltra et al. de IRAS, con una alta tasa de infecciones por bacterias distintas de *E. coli* y un elevado porcentaje (17%) de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). En nuestro estudio, se excluyeron las IRAS y solo se registró un único aislamiento productor de BLEE. Por tanto, es fundamental individualizar el tratamiento empírico según el origen de la muestra y el perfil local de resistencias.

Por último, y como apuntan Piñeiro et al.<sup>1,4</sup> y Chamorro Sanz et al.<sup>3</sup>, se reafirma el papel controvertido de la profila-