

## Comunicaciones Orales

VIERNES 23 DE MAYO 09.00 H - SALA A

**PROTOCOLO DE ELONGACIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON TALLA BAJA.** P. González Herranz\*, C. de la Fuente\*; E. Cobelo\*, B. Madiedo\*\*. \*COTI. Hospital Materno-Infantil. C.H.U. Juan Canalejo. \*\*Servicio de COT Povisa. Vigo.

**Objetivos:** El manejo de los pacientes con talla baja es multidisciplinario. En el intervienen Pediatras, Endocrinólogos, Psicólogos, y ortopedas entre otros. En el presente estudio presentamos el protocolo del tratamiento quirúrgico de pacientes con talla baja que han sido sometidos a cirugía de elongación ósea.

**Material y método:** durante el período 1988-2000 se han tratado 36 pacientes afectos de talla baja (menor de 145 cm) en los que se han realizado 126 elongaciones de fémures, tibias y húmeros según técnica de Callotasis. Según la etiología corresponden a hipocondroplasia/acondroplasia 21 pacientes, a Sd. de Turner 12 casos y otras etiologías 3. La edad media de los pacientes osciló desde los 8 a los 28. La pauta de tratamiento en la gran talla baja fue tibias-húmeros-fémures y en el Turner solamente las tibias.

**Resultados:** El alargamiento medio conseguido fue de 13,6 cm. Y por proceso quirúrgico de 8,6 cm. Los pacientes acondroplásicos que se elongaron los 4 segmentos inferiores consiguieron una talla de 25. Seis pacientes se elongaron los húmeros consiguiendo un alargamiento medio de 8,6 cm. Dentro de las complicaciones más frecuentes destacan los problemas alrededor de los orificios cutáneos en todos los casos, desviaciones axiales en el 15%, fracturas en el 15%. Otras complicaciones observadas son equinismo en las elongaciones tibiales, rigidez de rodilla, cicatrices queloides, HTA, o problemas psicológicos. El resultado subjetivo del paciente fue excelente o bueno en el 92% y regular o malo (no volverían a hacerlo) 8%.

### Conclusiones:

1. La elongación ósea debe tenerse en cuenta como alternativa terapéutica.
2. Se recomienda realizar el tratamiento y seguimiento en centros con experiencia en talla baja
3. Las frecuentes complicaciones no deben influenciar en el resultado final.

**LIBERACIÓN PERCUTÁNEA DEL PULGAR EN RESORTE: EVALUACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA.** P. González Herranz\*, C. de la Fuente\*; E. Cobelo\*, B. Madiedo\*\*. \*COTI. Hospital Materno-Infantil. C.H.U. Juan Canalejo. \*\*Servicio de COT Povisa. Vigo.

**Objetivos:** el dedo en resorte es una patología frecuente en el niño. El tratamiento habitual consiste en la sección longitudinal de la polea A1 a través de una pequeña incisión. En el adulto la liberación percutánea con anestesia local ha demostrado gran eficacia, pero esta técnica no ha sido descrita en niños. Esta es nuestra experiencia inicial en el tratamiento del dedo en resorte en niños con polectomía percutánea.

**Material y método:** se incluyeron dieciséis pacientes consecutivos con 22 pulgares en resorte con una edad media de 2,5 años intervenidos mediante una técnica percutánea bajo sedación y en régimen ambulatorio. La técnica consiste en puncionar con una aguja intramuscular en el punto medio del pliegue palmar de la primera MCF con el bisel orientado longitudinalmente; se atraviesa el tendón y se mueve el dedo para confirmarlo; se retira la aguja y se mueve en el eje longitudinal, seccionando así la polea A1; se comprueba la liberación de la extensión del dedo y se retira la aguja. Se indica a los padres que realicen movilización agresiva del primer dedo durante la primera semana.

**Resultados:** tras un seguimiento medio de 2,65 años en 18 casos los resultados fueron excelentes sin recidiva del bloqueo de la IF., dolor o impotencia funcional. Un caso presentó recidiva del bloqueo de la IF. que requirió reintervención 30 días después. En ningún caso aparecieron déficits sensitivos o vasculares en el pulgar.

**Discusión y conclusiones:** la polectomía percutánea es una técnica efectiva en el tratamiento del dedo en resorte infantil. No observamos complicaciones neurovasculares y la tasa de éxito es del 96%. La recidiva puede ser atribuida a la curva de aprendizaje.

**PRIMER REGISTRO GALLEGO DE TRAUMATISMOS EN LA INFANCIA: PRIMEROS RESULTADOS.** I. Somoza, J. Liras, A. Sánchez-Abuín, R. Méndez, M.G. Tellado, J. Ríos, E. Pais, A. Otázua\*, E. Pérez\*\*, M. González\*\*, C. De La Fuente, M. Montero\*\*\*, M. Cegarra\*\*\*\*, D. Vela. Servicio de Cirugía Pediátrica, \*Ser-

vicio de Pediatría y UCIP, \*\*Unidad de Enfermería de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", A Coruña. \*\*\*Servicio Cirugía Pediátrica Hospital Xeral Cies de Vigo. \*\*\*\*061.

**Resumen:** Los traumatismos continúan siendo la causa más frecuente de mortalidad infantil en la mayoría de los países y en nuestra comunidad. El registro de trauma pediátrico surge ante la necesidad de contar con una herramienta de investigación que permita conocer el perfil de las víctimas y de las lesiones por accidente en nuestra comunidad.

**Material y Métodos:** Entre Abril de 2001 y Enero de 2003 se trataron en nuestro Hospital 11.128 niños de menos de 14 años por traumatismos agudos. De ellos 637 pacientes fueron ingresados e incluidos en nuestra base de datos. Todos los pacientes se registraron tras su ingreso en el Servicio de Urgencias, realizándose la recogida protocolizada de 108 datos y fueron clasificados según su gravedad siguiendo el Índice de Trauma Pediátrico (ITP), que ha demostrado tener un importante valor predictivo del pronóstico.

**Resultados:** El 66% de los pacientes accidentados fueron varones. El 35,1% de los traumatismos ocurrieron en la calle y el 23,4% en el hogar. Las caídas accidentales (26,5%) y los accidentes relacionados con el tráfico (23,2%) fueron la causa más frecuente de los traumatismos. Se observa una curva bimodal en el rango de edades, siendo más frecuente en el período lactante y entre los 12-14 años. El 24,5% presentaban un ITP  $\leq$  8 (trauma grave). El aparato locomotor fue el sistema más afectado (en el 51% de los accidentes), lo siguen en frecuencia los traumatismos craneales y faciales (42,4%), abdominales 19,8% y torácicos 13,9%. Un paciente falleció como consecuencia de un TCE severo. La mortalidad fue del 0,15%.

**Conclusiones:** La utilidad de la elaboración de un Registro de Trauma Pediátrico en nuestra Comunidad, ambicioso, que comprenda otros Centros Hospitalarios con la colaboración del 061 radica en establecer la epidemiología de los niños gallegos traumatizados, con el fin de realizar cambios racionales de actitudes en prevención primaria y secundaria, adecuación de los recursos sanitarios y corrección de eventuales deficiencias en el sistema de asistencia.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS URGENCIAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE REFERENCIA Y SU UTILIDAD EN LA GESTIÓN.** S. García Saavedra, A. Pérez Guirado\*, V. Álvarez Muñoz, C.M. Martínez-Almoyna Rullán. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Departamento de Pediatría. Oviedo (Asturias)

**Objetivos:** La cartera de servicios de un Servicio de Cirugía Pediátrica (SCP) incluye la atención urgente a la población infantil lo largo de 24 horas diarias. Su carácter de referencia

autonómica es un factor determinante en la atracción de la población infantil, que puede resultar distorsionado por su dispersión territorial, su reducción progresiva anual desde 1980 y la existencia de una amplia red de hospitales comarcales. El conocimiento de las características de las urgencias tratadas y su origen territorial puede contribuir a mejorar la gestión de las urgencias del SCP y plantear posibles acciones de mejora.

**Métodos:** Se revisan las urgencias tratadas por el SCP durante los años 2001 y 2002 con especial interés en su volumen, patología, distribución horaria, edad, procedencia territorial, diagnóstico inicial y final y tratamiento, relacionándose alguna de las más prevalentes con la población infantil de las distintas Áreas Sanitarias.

**Resultados:** En el período 2001-2 se han tratado un total de 1.600 niños de edades comprendidas entre 1 día y 16 años de edad, repartidos prácticamente al 50% en cada año (799 y 801, respectivamente). Representan el 3,6% del total de urgencias pediátricas atendidas. Mayoritariamente consultan en horario diurno y con patología abdominal, previamente valorados en los hospitales comarcales, y con un alto índice de ingresos hospitalarios estabilizados en los últimos años en la frontera del 43% del total de urgencias. De ellos, una mayoría del 58% genera ingreso en planta para intervención quirúrgica (predominio de apendicitis agudas) y el resto exige una estancia temporal en el Hospital de Corta Estancia (HCE) (un 42% del 43% total). El grado de atracción del SCP entre la población pediátrica de las distintas Áreas Sanitarias es variable, tanto de forma global como en la patología más prevalente (apendicitis agudas).

**Conclusiones:** Se aprecian posibles acciones de mejora en la coordinación con los Hospitales Comarcales en algunas de las patologías más prevalentes (vgr. dolor abdominal) y en la potenciación del HCE para disminuir ingresos hospitalarios.

**PRIMER TRIENIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA.** C. Ramil, A. Sánchez, A. Solar, L. García-Alonso, C. Medrano, A. Pensado, E. Quiroga, M. Gómez, J. Bueno. UCIP. Unidad de Transplante Hepático Pediátrico. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia en transplante hepático pediátrico tras completar el primer trienio de su puesta en marcha en nuestro Hospital.

**Pacientes y método:** Se realiza un estudio retrospectivo de los niños sometidos a transplante hepático en el periodo comprendido entre Enero del año 2000 a diciembre del año 2002. Se analizan de forma descriptiva variables demográficas, diagnóstico, tiempo de espera en lista, tipo de transplante, complicaciones médicas y quirúrgicas, tiempo de hospitalización y supervivencia.

**Resultados:** Desde Enero del año 2000, 9 pacientes recibieron un total de 10 injertos hepáticos. Cinco de los 9 pacientes fueron

referidos a nuestro programa. La edad media de los pacientes fue de 4,1 años (rango 0,7-11). Los donantes fueron de grupo ABO compatible en 8 casos e incompatible en 2. La enfermedad primaria fue: Atresia vías biliares extrahepáticas (n=4), Síndrome de Alagille (n=2), Hepatitis fulminante criptogenética (n=2), Hepatitis fulminante autoinmune (n=1). Tres pacientes se trasplantaron de forma urgente y 6 no urgentes. Siete donantes fueron adultos y 3 pediátricos. Cinco pacientes estaban en la UCIP al momento del trasplante. El X-match fue positivo en 2 instancias. El tipo de trasplante fue de hígado completo (n=5), o parcial (n=5). De los parciales, 3 fueron reducidos y 2 con técnica de split compartiendo la otra mitad con un adulto. En 4 ocasiones se trasplantó el segmento lateral izquierdo y en 1 el hígado derecho. Un paciente requirió trasplante secundario a fallo primario del injerto. Se utilizó un injerto de interposición arterial a la aorta infrarrenal en 1 ocasión. Todos los pacientes estuvieron hemodinámicamente estables, salvo el paciente con fallo primario del injerto que precisó tratamiento vasoactivo. El tiempo de ventilación mecánica postrasplante fue inferior a 24 h en 6 pacientes, y 2 pacientes precisaron ventilación asistida de 7 y 20 días. Complicaciones inmunológicas en los receptores de trasplante fueron: rechazo (n=3), arteriopatía obliterante (n=1), enfermedad linfoproliferativa (n=1), enfermedad injerto contra huésped (EICH) (n=1). Como técnicas especiales destacan hemofiltración (n=1), tratamiento con oxígeno hiperbárico (n=1), tratamiento con anticuerpos monoclonales anti CD20 (n=1), uso de sistema extracorpóreo hepático previo al trasplante (n=1) Reintervenciones quirúrgicas fueron sangrado digestivo (n=4) en 1 paciente que recibió 2 hígados incompatibles y desarrolló trombocitopenia autoinmune, absceso intraabdominal (n=1) drenado con radiología intervencionista, estenosis de la vía biliar (n=1), y estenosis de la arteria (n=1). El rango de la estancia hospitalaria postrasplante es de 14 días- 3 meses. Todos los pacientes están vivos, si bien la última paciente transplantada con EICH permanece aún en la UCIP.

**Conclusiones:** El inicio del programa de Trasplante hepático pediátrico ha incrementado la complejidad de la actividad en nuestra Unidad, y precisa de un equipo humano multidisciplinario y de recursos tecnológicos especializados. Los resultados iniciales en cuanto a supervivencia y calidad de vida de estos pacientes son satisfactorios.

#### VIERNES 23 DE MAYO - 09.00 H - SALA B

**CRISIS EPILÉPTICAS DE ORIGEN FRONTAL. ESTUDIO VIDEO-EEG EN 2 CASOS CON CRISIS HIPERMOTORAS.** J. Eirís, M. Peleteiro\*, M. Grande\*, JL Iglesias-Diz, J. Mazaira\*\*, M. Castro-Gago. Departamento de Pediatría. Servicio de Neuropediatría. \*Servicio de Neurofisiología clínica; \*\*Unidad de salud mental infante juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

**Introducción.** Las epilepsias del lóbulo frontal representan la forma más común de epilepsia extratemporal en amplias series quirúrgicas. Su semiología es variable en función de su localización anatómica e incluye manifestaciones motoras (crisis tónicas, clónicas, posturales o espasmos), somatosensoriales, autonómicas, hipomotoras o hiperomotoras. Estas últimas –estereotipadas en un paciente concreto- pueden cursar con hipercinesia no propositiva, agitación y frecuentes vocalizaciones (gritos, gruñidos) que plantean el diagnóstico diferencial con trastornos del sueño o padecimientos psiquiátricos, especialmente en aquellos casos en los que el EEG intercrítico o incluso crítico no es contributivo.

**Material y métodos.** En los 2 últimos años hemos obtenido registros VIDEO-EEG de 6 casos con epilepsia del lóbulo frontal, en los que 2 de ellos presentaban crisis hiperomotoras. *Caso 1:* Varón de 14 años con inicio a los 9 años de episodios diurnos y nocturnos en los que se refería sensación de miedo, rubicundez facial, gritos, respiración entrecortada, movimientos no definidos con las manos y los pies (como una necesidad de moverse) y dificultades para hablar. EEG normal o con paroxismos a vértice. Control temporal con CBZ. La recurrencia de los episodios a los 12 años, sin respuesta al aumento de CBZ y en presencia de Holter-EEG normal, sugirió pseudocrisis y se indicó una evaluación Psiquiátrica. El intento de retirada de CBZ se siguió de aumento llamativo de los episodios. VIDEO-EEG (sin CBZ): Un total de 25 episodios, de predominio nocturno, estereotipados, de 25-30 seg. con inicio brusco de automatismos motores derechos y luego izquierdos, semiincorporación en la cama y rápida instauración de una conducta de agitación motriz e hiperventilación, con gemidos y gruñidos entre los que escupía en varias ocasiones. Cualquier intento de calmarlo o inhibir esta secuencia de acontecimientos resultaba infructuosa. EEG crítico: descarga de punta-onda de proyección bilateral y predominio izquierdo. *Caso 2:* Varón de 12 años con antecedente de TCE frontal e imagen de gliosis frontal izda en RM con crisis T-C generalizada de 25 minutos y episodios en los que se despertaba asustado y agitado a los 3 años. Control inicial con AVP y posteriormente con CBZ desde los 6 a los 10 años por recurrencia de episodios similares. EEG intercrítico con actividad paroxística bifrontal. VIDEO-EEG (sin CBZ): Se registraron 31 crisis, de 15-25 seg., la mayoría durante el sueño nocturno: conducta estereotipada y compleja, con gran hipercinesia, hiperventilación y midriasis; se aferraba a su madre y se movía sin objetivo concreto, llegando a efectuar volteretas en la cama. En su comienzo se sugiere en alguna ocasión (tapado por la ropa de la cama) la existencia de una breve descarga hipertónica axial. EEG crítico: descarga brusca de punta-onda izquierda.

**Conclusiones.** Las crisis hiperomotoras del lóbulo frontal tienen un inicio y final abruptos, son de corta duración, se repi-

ten con gran frecuencia a lo largo del día, tienen un predominio nocturno y asocian un patrón motor estereotipado con agitación, hipercinesia, automatismos complejos y vocalizaciones. El registro VIDEO-EEG contribuye a su diagnóstico ante las dificultades de la descripción e interpretación de las crisis así como a la escasa contribución de los trazados EEG intercríticos.

**LEVETIRACETAM (KEPPRA®), UNA NUEVA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON EPILEPSIA.** J.L. Herranz, M. Rufo\*, R. Arteaga. *Neuropediatría de los Hospitales Universitarios Marqués de Valdecilla, Santander, y \*Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivo:** Valorar la eficacia, tolerabilidad y dosificación del levetiracetam (Keppra®) en el tratamiento de niños y adolescentes con epilepsia, fármaco comercializado, de momento, para su empleo exclusivo en adultos.

**Métodos:** Estudio abierto, retrospectivo, de niños y adolescentes menores de 18 años de edad con crisis epilépticas no controladas, asociando levetiracetam durante más de 6 meses. Valorando la eficacia con la modificación de la frecuencia de crisis y la tolerabilidad recogiendo los efectos adversos y favorables relacionados con el fármaco.

**Resultados:** Se refiere la evolución de 43 niños y adolescentes con edad media de  $9,4 \pm 4,5$  años (1-18 años), 25 varones, con inicio de las crisis a los  $5,2 \pm 4,4$  años (1-17 años), 83% con retraso psicomotor, 63% con alteraciones neurológicas, con frecuencia media de  $49,7 \pm 72,1$  crisis (2-240) en los 3 meses anteriores y resistencia previa a  $8,9 \pm 3,9$  fármacos antiepilépticos (2-16), en los que se asoció levetiracetam con dosis medias de  $1.423 \pm 724$  mg/día (250-3.500). El 72% de pacientes fueron respondedores (reducción >50% de la frecuencia de crisis), con supresión de las mismas en 14% de casos, preferentemente en las crisis parciales, pero también en crisis mioclónicas, acinéticas y tónicas. Efectos adversos tuvieron 11 pacientes (26,2%) generalmente somnolencia o irritabilidad, efectos que fueron transitorios en 6 (14,3%), tolerables reduciendo la dosis de otros antiepilépticos (2,4%) o la de levetiracetam (4,8%), y que motivaron la supresión del levetiracetam solamente en un caso (2,4%). Los familiares de 13 pacientes (30,2%) informaron de mejoría de las funciones cognitivas, de la relación social y de la escolarización, en algunos casos sin una relación directa con la evolución de las crisis.

**Conclusiones:** El levetiracetam es un nuevo antiepiléptico eficaz y muy bien tolerado en niños y adolescentes con epilepsias refractarias. Parece tener un amplio espectro terapéutico y efectos estimulantes en la conducta y en las funciones cognitivas, en contraste con la mayor parte de los antiepilépticos.

**SÍNDROME DE DELECCIÓN 22Q11. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.** J.M. Iglesias Meleiro, M. Castro-Gago, J. Eiris Puñal, A. Ansedo, F. Barros, M. Somoza Martín, L. Iglesias González. *Dpto de Pediatría. Servicio de Neuropediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

**Objetivo:** revisión retrospectiva los pacientes diagnosticados de síndrome de delección 22q11 en el Servicio de Neuropediatría de este Centro en los tres últimos años, con el fin de confirmar la presencia de los hallazgos fenotípicos descritos para este síndrome en la literatura, así como destacar aquellos aspectos que pudieran resultar novedosos.

**Material, métodos y resultados:** revisión retrospectiva de los 13 pacientes (diagnosticados mediante PCR y/o FISH), protocolizándose la recogida de los siguientes datos (Tabla 1).

**Conclusiones:** se confirma la presencia de defectos neurológicos, cardíacos, esqueléticos, renales y auditivos, coincidiendo, tanto la frecuencia como el tipo de alteración, con lo descrito en la literatura para este síndrome. Destaca, sin embargo, una mayor frecuencia de parálisis facial en nuestros pacientes con respecto a otras series, lo que lleva a pensar en la delección 22q11 como un posible factor etiológico de la misma.

**SÍNDROME DE DOWN: ENFERMEDADES AUTOINMUNES.** G. Landín, A.I. García, C. Gómez, C. Fariña, S. Castro, M. Santos, E. Maside, A. Novo, E. García, S. Trabazo, J.E. Luaces, R.F. Prieto. *Hospital Arquitecto Marcide- Novoa Santos-Ferrol.*

**Introducción:** el síndrome de Down es la anomalía cromosómica más frecuente y la principal causa de retraso mental identificable de origen genético. Con una incidencia de 1/800 recién nacidos vivos, además del fenotipo característico y del retraso mental, el S. de Down se asocia a diversas patologías.

**Objetivos:** detección y estudio de la patología autoinmune asociada al S. de Down en los niños controlados en la Unidad de Dismorfología de nuestro hospital.

**Material y métodos:** se presenta un estudio descriptivo desde 1995 al 2003 de los niños con S. de Down seguidos en nuestra Unidad. Se incluyeron un total de 26 niños en el protocolo de estudio y seguimiento del S. de Down. Se analizó la asociación de patología autoinmune con dicho Sd; para ello se realizaron los siguientes controles:

- Hormonas tiroideas al nacimiento y anualmente.
- Ac. antitiroideos anualmente.
- Bioquímica completa al nacimiento y anualmente.
- IgA, IgG, IgM al nacimiento y anualmente.
- Estudio de celiaquía anualmente a partir del los 2 años.

**Resultados:** se estudiaron 26 niños con S. de Down (16 niños

TABLA 1. Características fenotípicas de los pacientes diagnosticados de delección 22q11

Caso	Sexo	Embarazo/ Peso al nacimiento	Edad al diagnóstico	Alteraciones auditivas	Cardiopatía	Alteraciones esqueléticas/ faciales	Alteraciones neuroológicas y neurorradiológicas	Alteraciones genitourinarias	Desarrollo mental
1	V	A término/ 3.750 g	5 años	Hipoacusia (conducción)	Tetralogía de Fallot	Ausentes	Polimicrogira derecha, infarto tálamo caudado izqdo, convulsiones.	Riñón único	Retraso del lenguaje expresivo
2	M	A término/ 4.600 g	7 meses	NR	CIA OS mediana	Ensanchamiento metafisario en piernas y antebrazos	Asimetría facial por parálisis facial derecha	Duplicación de sistema ureteral izquierdo	Normal
3	V	A término/ 3.300 g	17 meses	NR	Ausente	Ausentes	Asimetría facial con el llanto (hipoplasia del oris)	Ausentes	Normal
4	V	A término (39 semanas)/ 1.760 g	Neonato	NR	Dextrocardia, hipoplasia de cayado aórtico, CIA OS, CIV e HTA pulmonar	Malformaciones esqueléticas múltiples/ Facies peculiar	Agenesia de cuerpo calloso	Riñón en herradura, dilatación pélvica derecha y displasia renal	Retraso psicomotor severo
5	M	A término/ 2.970 g	8 meses	Ausentes	CIA OS pequeña	11 pares de costillas	Asimetría facial con el llanto (hipoplasia del oris)	Ausentes	Normal
6	V	A término/ 3.510 g	4 años	NR	Coartación de aorta y CIA.	Ausentes	Asimetría facial por parálisis facial izquierda	Ausentes	Normal
7	V	A término/ 3.200 g	20 días	Hipoacusia (transmisión)	Displasia de válvula aórtica	Ausentes	Parálisis VII y VI pares dchos., nistagmo horizontal izqdo., hipoplasia de hemisferio y pedúnculo cerebeloso dchos.	Ausentes	Retraso psicomotor severo
8	M	A término/ 2.690 g	8 años	Hipoacusia (conducción)	Tetralogía de Fallot	NR/ Facies peculiar	Ausentes	Ausentes	Normal
9	V	A término/ 3.460 g	7 meses	NR	CIA OS mediana y CIV subaórtica	Pie talo-valgo/ Facies peculiar	Ausentes	Ausentes	Normal
10	V	A término/ 3.100 g	3 años	NR	Ausente	Agenesia costal y vértebras en mariposa	Asimetría facial (hipoplasia del oris)	NR	Normal
11	V	A término/ 3.650 g	12 meses	NR	CIA OS y CIV subaórtica	NR/ Facies peculiar	Convulsiones e hipoplasia de vérmix cerebeloso	Ausentes	Retraso psicomotor y del lenguaje leves
12	V	A término/ 3.450 g	5 años	Ausentes	Coartación de aorta	Ausentes	Hemiatrofia cerebral derecha con hemiparesia izquierda.	NR	Retraso psicomotor leve-moderado
13	V	A término/ 2.970 g	4 meses	NR	CIA OS mediana	Ausentes	Facies asimétrica con el llanto (hipoplasia del oris)	NR	Normal

V: varón. M: mujer. CIA: comunicación interauricular. OS: ostium secundum. CIV: comunicación interventricular. HTA: hipertensión arterial. NR: estudio no realizado.

y 10 niñas). En 9 de ellos se diagnosticó alguna enfermedad autoinmune:

- Tres casos de hipotiroidismo autoinmune.
- Dos casos de enfermedad celíaca.
- Un caso de diabetes mellitus.
- Tres casos de alopecia areata.

#### Conclusiones:

1. La asociación de patología autoinmune al S. de Down es frecuente y variada.
2. El estudio neonatal y seguimiento de los pacientes con S. de Down es necesario para poder detectar las enfermedades asociadas al S. de Down.

**¿QUÉ INGRESAMOS EN EL HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA PEDIÁTRICO?** A. Calvo Gómez-Rodulfo, S. Suárez Saavedra, B. Fernández Barrio, R. Quiroga González, A. Pérez Guirado, J.L. Fanjul Fernández, J.A. Concha Torre. Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

**Introducción:** La hospitalización de corta estancia pediátrica (HCEP) de nuestro hospital consta de 6 camas y funciona para observación y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso en planta de hospitalización. Existen pocos estudios sobre los pacientes que ingresan en estas unidades, cada vez más utilizadas por proporcionar diagnóstico y tratamiento de forma eficiente con reducción de costes y optimización de recursos.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes y las patologías que ingresan en el HCEP; determinar las estancias prolongadas y las derivaciones a hospitalización.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos en el HCEP durante 3 años (enero-00 a diciembre-02). Datos obtenidos del registro de ingresos e historias clínicas (edad, sexo, servicio responsable, tipo de patología, día, turno y mes de ingreso, estancia y evolución). Los resultados se almacenaron en una base de datos en SPSS y se realizó análisis estadístico de los mismos.

**Resultados:** Ingresaron en el HCEP en el periodo de estudio 4.092 pacientes (3,7 pacientes/día) con edad media de  $60,7 \pm 50$  meses y predominio de varones (60,4%). Los ingresos fueron significativamente más frecuentes en turno de tarde (41,2%) y los días de menos ingresos fueron sábados y domingos, en relación inversa a la asistencia a Urgencias. 3/4 partes de los ingresos fueron realizados por Pediatría y un 20% por Cirugía Pediátrica.

Respecto a los ingresos del Servicio de Pediatría, un 23,7% correspondió a procesos digestivos, el 13,7% a procesos infecciosos que incluían fiebre sin foco y el 11,9% a procesos respiratorios. Se apreció disminución de los ingresos en meses de verano en relación con menor frecuentación a Urgencias. La estancia media fue de  $17,7 \pm 12,3$  horas con un 10,4% de pacientes con estancia superior a 36 horas. El 80,6% de pacientes fueron dados de alta a domicilio con un porcentaje significativo (19,4%) que fue trasladado a planta de hospitalización o cuidados intensivos.

**Comentarios:** El HCEP es una herramienta útil para la observación y tratamiento de pacientes sin patologías graves en las primeras horas de evolución de su enfermedad.

En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con estancia prolongada (superior a 36 horas) no es elevado e indica una adecuada rotación de las camas.

El porcentaje de pacientes que se trasladan desde el HCEP a hospitalización es alto, lo que indica una inadecuada utilización del mismo para determinadas patologías.

El establecimiento de criterios de ingreso para el HCEP y vías clínicas para algunas patologías permitiría reducir el número de estancias inapropiadas.

VIERNES 23 DE MAYO - 15.30 H - SALA A

**PERFUSIÓN I.V. CONTINUA DE SALBUTAMOL EN CRISIS ASMÁTICA SEVERA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.** A. García, C. Fariña, C. Gómez, G. Landín, E. García, R. Fernández Prieto, M. Santos, A. Novo, S. Castro, J. Luaces, S. Trabazo, E. Maside. Hospital Arquitecto Marañón - Profesor Novoa Santos. Ferrol.

**Introducción.** El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y causa importante de mortalidad. Protocolos terapéuticos de alergia y cuidados intensivos pediátricos contemplan el uso de  $\beta_2$  adrenérgicos en perfusión I.V. continua para tratamiento del asma severa. La pauta se establece en dosis inicial de 0,1-0,2  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$  con ascenso progresivo hasta dosis máxima de 1-2  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ , según respuesta clínica y/o presencia de efectos adversos.

**Objetivos.** Analizar la respuesta clínica y evolución de pacientes con crisis asmática severa tras tratamiento con salbutamol en perfusión I.V. continua y efectos secundarios observados.

**Material y métodos.** Se revisaron  $H^3$  clínicas de pacientes ingresados en nuestro servicio diagnosticados de crisis asmática severa (Enero 2000-Diciembre 2002), recogiendo datos epidemiológicos, clínicos (gravedad del paciente mediante escala de Wood-Downs-Ferres), tratamientos previos y tratamiento con salbutamol en perfusión continua.

**Resultados.** Nº de episodios: 24 (17 V y 7 H); Edad media: 5 años; Tiempo medio de inicio tratamiento desde el ingreso: 7 horas; Dosis inicial: 0,2  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ ; Dosis máxima alcanzada con aumento progresivo: 1,2  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ ; Tiempo medio de reversión clínica: 11,5 horas; Efectos secundarios: taquicardia, nerviosismo, no arritmias ni alteraciones electrolíticas.

**Conclusiones.** Tras inicio de perfusión se ha conseguido la respuesta clínica en todos los casos, no precisando ninguno de ellos ventilación mecánica. Hemos observado escasos efectos secundarios, y no condicionando la suspensión de la perfusión de salbutamol en ningún paciente.

**UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS INGRESOS POR CRISIS ASMÁTICA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.** A. Hernández Fabián, E.M. Fernández Pulido, R. Torres Peral, L. Sanfeliciano Martín, A.G. Escudero Andrés, D.R. Fernández Alvarez, M. Muriel Ramos. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

**Introducción:** El asma es la principal enfermedad crónica de la infancia y origina graves trastornos psicosociales en la familia. Con el tratamiento apropiado, sin embargo, casi siempre es posible un control adecuado de los síntomas. No existe ninguna definición del asma aceptada en todo el mundo. Se puede considerar una enfermedad pulmonar obstructiva y difusa con hiperreactividad de las vías respiratorias frente a diversos estímulos y un alto grado de reversibilidad del proceso obstructivo que puede producirse espontáneamente o como resultado del tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar las hospitalizaciones por crisis asmática en la sección de escolares en un periodo de un año para conocer las características epidemiológicas, clínicas y biológicas de los pacientes asmáticos de nuestra población.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de casos, realizando la búsqueda a partir del diagnóstico principal, en el informe de alta, como crisis asmática.

**Resultados y conclusiones:** En nuestro estudio recogimos datos epidemiológicos, factores contribuyentes y desencadenantes, diagnóstico de gravedad de asma y de la crisis, tratamiento de base, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento recibido y número total de días de ingreso. El patrón tipo fue: niño varón de edad inferior a cinco años con antecedentes de asma sin sensibilización demostrada a neumoalergenos con una primera crisis antes de los cuatro años de edad, sin ingresos previos y diagnosticado de asma episódico infrecuente. Los desencadenantes-contribuyentes tipo en nuestra revisión fueron exposición a neumoalergenos y en segundo lugar infecciones respiratorias. La mayoría tenía como tratamiento la inhalación de  $\beta_2$  agonistas de acción corta a demanda. En cuanto a gravedad de la crisis el 90% presentó un score de Wood-Downes de 5 ó menos. La radiografía pulmonar, en aquellos casos en los que se realizó, mostraba mayoritariamente signos de atrapamiento aéreo sin otra alteración. Los resultados de la bioquímica eran normales. En el hemograma destacaba la neutrofilia y/o eosinofilia que presentaba la mayoría. En los casos en los que se determinó la inmunoglobulina E total, el 80% presentó una elevación de los niveles séricos. Necesitaron en cuanto a tratamiento soporte con oxigenoterapia,  $\beta_2$  agonistas de acción corta y corticoides sistémicos.

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL NIÑO Y POR LA ENFERMERA EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.** S. Marcos, A. Rodríguez, M. Fernández, M. López, F. Martín, J.M. Martín. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

**Antecedentes y objetivos:** La prevención y el tratamiento del dolor infantil deben ser una prioridad para el pediatra. El

objetivo del presente trabajo es comparar la aplicación clínica de la analgesia controlada por el niño (ACN) o por la enfermera (ACE) en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

**Métodos:** De forma prospectiva se les administró fentanilo, mediante un sistema de analgesia controlada, a un grupo de 91 niños con dolor moderado o severo ingresados en nuestra UCIP durante un periodo de dos años. Los niños mayores de 6 años con capacidad intelectual suficiente y sin limitación física recibieron ACN y en los demás se aplicó ACE. El protocolo inicial incluyó una infusión basal de  $1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ , con bolus de  $0,5 \mu\text{g}/\text{kg}$ , tiempo de bloqueo de 5 minutos y un máximo de 10 bolus/hora. Se recogieron cada 24 horas las cifras de consumo en  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ , bolus y efectos adversos observados.

**Resultados:** 66 pacientes recibieron ACN frente a 25 que recibieron ACE. La mediana del tiempo del mantenimiento fue de 4 días para ambos grupos. El consumo medio de fentanilo en ambos grupos fue similar (cifras) el primer día. En los días siguientes se observó un descenso progresivo del consumo en los dos grupos, que fue más lento en el grupo ACE, siendo la diferencia significativa al cuarto día (ACP:  $1,1$  vs. ACE:  $0,8 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ ) ( $p < .$ ). El número de bolus administrados fue muy variable, siendo la mediana en el grupo ACN significativamente superior al grupo ACE al cuarto día (26 vs. 12) ( $p < .$ ). Se constataron efectos adversos menores (náuseas, vómitos, prurito y retención urinaria) en el 15% de los pacientes con ACP frente al 8% en ACE ( $p < .$ ). Sólo se detectó un episodio de depresión respiratoria, que se revirtió con oxígeno y estimulación física en un paciente del grupo de ACP (1,5%).

**Conclusiones:** Los sistemas de analgesia controlada son aplicables y eficaces en los niños de cualquier edad. Cuando se realiza ACE el consumo de fármaco y el número de bolus extra administrados son menores que con la ACP, lo que puede indicar una minusvaloración del dolor por parte de la enfermera o bien un cierto temor a provocar efectos adversos de los analgésicos. Aunque los sistemas de analgesia controlada son bastante seguros, los niños a los que se aplican deben estar monitorizados de forma adecuada.

**EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COARTACIÓN DE AORTA CON EL CP-STENT.** F. Rueda\*, R. Bermúdez Cañete\*\*, L. Ballerini\*\*\*, C. Medrano\*, N. Vázquez\*, I. Herraiz\*\*, P. Guchone\*\*\*, C. Abelleira\*\*, B. Bouzas\*. \*Hospital Juan Canalejo, La Coruña. \*\*Hospital Ramón y Cajal, Madrid. \*\*\*Hospital Bambino Gesù, Roma.

**Objetivo:** Comunicar la experiencia en el tratamiento hemodinámico de la coartación de aorta (CoAo) con un nuevo tipo de stent (CP-stent).

**Material y métodos:** Revisión de los pacientes tratados con CP-stent desde Abril 1999 a Enero 2003 en tres centros hospitalarios de referencia.

**Resultados:** Se estudiaron 13 pacientes, rango de 12-24 años (mediana 16). El 69% eran CoAo nativas. En el resto: 4 cirugías y una angioplastia (stent Palmaz) previas. En un 92% existía hipertensión arterial (HTA) previa al procedimiento. El tiempo medio de hospitalización fue de 2,8 días (rango 1-8). La media del gradiente hemodinámico previo fue de 41,6 mmHg, y sólo en dos pacientes persistía un gradiente > 2 mmHg posteriormente. Se realizó predilatación en dos pacientes con diámetros de la CoAo < diámetro de la vaina. En un 77% se utilizó el balón "BIB balloon", siendo las medidas similares al arco sano proximal. El diámetro de la CoAo aumentó hasta ese valor en todos los pacientes. No se objetivaron diferencias de comportamiento entre los stents premontados o no. Sólo en un caso (recoartación) se objetivó acortamiento significativo del stent. No se registraron complicaciones importantes durante el procedimiento, ni en las 48 h siguientes. Dos pacientes precisaron tratamiento antihipertensivo oral al finalizar el procedimiento. En el seguimiento (media 10 meses) no se han descrito complicaciones ni aparición de aneurismas y en un 50% se ha registrado una mejoría de las cifras de tensión arterial o menor necesidad de fármacos antihipertensivo.

**Conclusión:** 1) El CP-stent es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento con stent de la coartación de aorta nativa y adquirida a corto y medio plazo. 2) La resolución de la coartación de aorta en el adolescente y/o adulto joven permite la mejoría o la resolución de la HTA secundaria.

**TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL: EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD.** P. Vilas, E. Cavanilles, R. Borrajo, C. Ramil, A. Sánchez Galindo, E. Quiroga. UCIP. C.H.U. Juan Canalejo. La Coruña.

**Introducción:** La insuficiencia renal aguda es la disminución repentina de la filtración glomerular, que ocasiona retención de líquidos y productos nitrogenados en el organismo. Es una complicación frecuente en niños críticos que, a veces, precisa de técnicas de depuración extrarrenal (diálisis peritoneal, hemofiltración y hemodiálisis). La elección de la técnica depende de distintos factores, siendo la HVVC la más utilizada en nuestra Unidad.

**Objetivos:** Analizar la casuística de utilización de estas técnicas en nuestra Unidad en los últimos 5 años.

**Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes en insuficiencia renal sometidos a alguna técnica de depuración extrarrenal durante el período comprendido entre el 01/01/1998 y el 31/12/2002. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, diagnósticos al ingreso, causa de IRA, indicación y técnica elegida, complicaciones y resultado.

**Resultados:** Se han estudiado un total de 15 pacientes, 8 niños y 7 niñas, con edades comprendidas entre los 13 días y

los 13 años. Los diagnósticos al ingreso fueron postoperatorio de cirugía cardíaca (9 casos), shock séptico (4 casos), trasplante hepático (1 caso) y metabolopatía con S. Reye-like (1 caso). La indicación de la técnica fue en todos los casos insuficiencia renal aguda y sobrecarga hídrica que no respondía al tratamiento convencional, siendo la más utilizada la HVVC (sólo un caso de diálisis peritoneal). La duración media fue de 6 días, con un rango de 1 a 24 días. Complicaciones: inestabilidad hemodinámica en 3 casos y trombopenia en otro. 7 pacientes fallecieron por FMO o muerte cerebral (2 casos), en los que sobrevivieron el resultado fue la recuperación de la función renal.

#### **Conclusiones:**

- La más utilizada en nuestra Unidad es la HVVC debido al tipo de pacientes tratados más frecuentemente, postoperados de cirugía cardíaca, por ser una técnica bien tolerada hemodinámicamente.
- La mortalidad del 40% de los pacientes está relacionada con la gravedad de su patología de base, no con la técnica.
- Las técnicas de depuración extrarrenal son útiles en el manejo de los pacientes con insuficiencia renal aguda, y las complicaciones que presentan son escasas y tratables, logrando la recuperación de la función renal de una forma satisfactoria en los pacientes de nuestra serie.

#### **VIERNES 23 DE MAYO - 15.30 H - SALA B**

**SÍNDROME DE BURNOUT O DESGASTE PROFESIONAL EN UN SERVICIO HOSPITALARIO PEDIÁTRICO.** M. López Franco, A. Rodríguez Núñez, M. Fernández Sanmartín, S. Marcos Alonso, F. Martínón Torres y J.M. Martínón Sánchez. Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

**Objetivo:** El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno crónico que condiciona alteraciones de la conducta laboral. En este trabajo pretendemos conocer la prevalencia del SDP y la influencia de los distintos factores asociados entre el personal asistencial pediátrico.

**Material y métodos:** Diseño: Estudio transversal y descriptivo. Durante el período comprendido entre Noviembre de 2002 y Enero de 2003 se presentó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) a 127 personas (médicos, enfermeras y auxiliares) que trabajan en un Departamento de Pediatría un Hospital Clínico Universitario. El cuestionario consta de 22 ítems que exploran de forma preferente tres aspectos: a) cansancio emocional, b) despersonalización y c) realización personal. La encuesta fue contestada de forma individual y anónima.

**Resultados:** El cuestionario fue presentado a 127 personas, siendo contestado por 93 (73,2%). El 83% de las encuestas fueron

cubiertas por mujeres y el 17% por varones. La media de edad fue de  $38,6 \pm 10,2$  años (rango: 25 - 66) y la antigüedad media en el puesto de trabajo de 10 años (rango 1-37). El 29,0% eran médicos pediatras, el 50,5% personal de enfermería y el 20,5% auxiliares de enfermería. Según la escala utilizada, el 20,8% de los entrevistados presentan un nivel alto de síndrome de desgaste profesional (SDP), el 19,8% un nivel moderado y el 59,4% un nivel bajo de SDP. En relación con las subescalas evaluadas, el 67,7% de los encuestados presentan un nivel bajo de realización personal, el 14,5% obtiene puntuaciones altas de cansancio emocional y el 23,9% tiene valores altos en la escala de despersonalización.

**Conclusiones:** El SDP es un trastorno adaptativo crónico que está presente en un porcentaje considerable de las personas que atienden a pacientes pediátricos. Entre los componentes del SDP, se destaca la falta de realización personal, que da lugar a actitudes negativas hacia uno mismo y la actividad laboral, pérdida de interés por la atención a los niños, baja productividad y disminución de la autoestima. Se deberían tomar medidas para atenuar los factores que influyen en el desarrollo del SDP entre el personal que atiende a los niños hospitalizados.

#### QUILOTÓRAX NEONATAL: NUESTRA EXPERIENCIA. P.

Vilas, E. Cavanilles, R. Díaz Soto, J. Trisac, M. Gallego, M. Taboada, R. Reparaz, A. Vázquez de la Cruz. Servicio de Neonatología. C.H.U. Juan Canalejo. La Coruña.

**Introducción:** El quilotórax consiste en un acúmulo de quilo en el espacio pleural, y puede ser congénito o adquirido. El *congénito* es probable que se deba a la obstrucción intrauterina del conducto torácico, y puede aparecer aislado o con otras alteraciones linfáticas. Es más frecuente en varones y en el lado derecho, siendo posible su diagnóstico prenatal. El *adquirido* se debe a una lesión del conducto torácico como complicación quirúrgica en la reparación de la hernia diafragmática, la fistula traqueoesofágica y cardiopatías congénitas, causando frecuentemente deterioro respiratorio. El tratamiento clásico se basa en la nutrición parenteral y dieta con triglicéridos de cadena media. Otros tratamientos más agresivos o novedosos (pleurodesis, ligadura del conducto torácico, octeótide...) han sido utilizados. El pronóstico generalmente es bueno pero no esta exento de morbilidad y mortalidad.

**Objetivos:** Descripción de los casos de quilotórax que se han presentado en nuestra Unidad de Neonatología desde enero de 2000, analizando el tipo (congénito o adquirido), el momento de presentación, patología de base, tratamiento utilizado y resultados.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes seleccionados, en el período comprendido entre el 01/01/2000 y el 28/02/2003. Revisión bibliográfica.

**Resultados:** Los pacientes con diagnóstico de quilotórax durante el período elegido son 5, siendo 3 niños y 2 niñas, con una edad de presentación que va de 0 a 41 días de vida. Dos de los casos son congénitos, con diagnósticos prenatales de ascitis y de hidro/quilotórax. Entre los adquiridos, dos de ellos se presentaron en el contexto de cardiopatía congénita y el otro tras cirugía correctora de hernia diafragmática. El tratamiento se ha basado en la punción evacuadora, dieta absoluta con NP e inicio de tolerancia con hidrolizado de proteínas con MCT, precisando en algún caso drenaje continuo y realizándose en dos de los casos administración de octeótide, con buen resultado. Uno de los pacientes precisó pleurodesis con tetraciclinas. En todos los casos la evolución fue favorable.

#### Conclusiones:

- Las posibilidades terapéuticas son múltiples, siendo conveniente un tratamiento individualizado y escalonado.
- Es muy importante el tratamiento adyuvante y de sostén (reposición de proteínas e inmunoglobulinas, extemar asepsia, etc) para evitar morbimortalidad.
- El pronóstico fue en general bueno, con resolución de la totalidad de los casos.

NIÑOS NACIDOS TRAS REPRODUCCIÓN ASISTIDA. UN NUEVO RETO PARA LOS PEDIATRAS. R. Arteaga, I. de las Cuevas, J.L. Herranz, J. Gómez Ullate. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

**Introducción:** La reproducción asistida (RA) es cada vez más demandada por la población, habiéndose descrito numerosos problemas clínicos asociadas a los niños nacidos mediante estas técnicas.

**Objetivos:** Descripción de las características de los niños nacidos tras RA en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, con la historia clínica materna y neonatal, de los recién nacidos (RN) tras RA desde enero 1996 hasta febrero 2003.

**Resultados:** Entre 21.427 RN vivos, 128 fueron tras RA de 88 embarazos (25,0% inseminación, 52,3% fecundación *in vitro* con transferencia de embriones (FIVTE), 14,8% inyección intracitoplasmática de espermatozoides), 30 de ellos gemelares y 5 embarazos triples. La esterilidad fue materna en 27,3%, paterna en 21,6% y mixta en 20,5% de casos. La edad materna media fue de 34,4 años (DE 3,3). Sólo en 21,6% de embarazos estaba registrado si había donación (5,7% donación de esperma y 4,5% de óvulo). La edad gestacional (EG) media fue 35,59 sem (DE 4,3), con 50,8% de RN pretérmino (16,9% <28 sem, 23,1% 28-32 sem, 60,0% 32-37 sem). El peso medio al nacimiento fue 2.331,6 g (DE 883,3), 54,7% fueron RN bajo peso. El 27,9% tuvo patología respiratoria, el 6,2% neurológica, el 3,2% genitourinaria y el 19,0% alguna malformación (1 síndrome malformativo grave,

2 RN con rasgos dismórficos, 11 problemas ortopédicos y 11 otras malformaciones (oculares, cardíacas o neurorradiológicas). En suma, el 69,4% de RN tuvo algún tipo de patología clínica. La EG y el peso al nacimiento se relacionaron con la patología neonatal, pero también el 23,4% de RN a término de peso adecuado tuvo algún problema clínico (fundamentalmente respiratorio leve y ortopédico), sin haber relación entre edad materna o técnica de reproducción y la presencia de patología.

**Conclusiones.** La prevalencia de RN tras RA en nuestro entorno es de 6/1.000 RN vivos, siendo la técnica más utilizada la FIVTE. El 39,8% de embarazos fueron gemelares y en 78,4% de casos no hubo información sobre posible donación, con la consiguiente dificultad para el estudio de enfermedades hereditarias en el niño. Los problemas clínicos más frecuentes fueron prematuridad y bajo peso. La frecuencia y gravedad de problemas clínicos justifica la valoración y el control cuidadoso de los niños nacidos tras reproducción asistida. Por otra parte, la calidad de una unidad de reproducción asistida debe valorarse especialmente por la frecuencia obtenida de embarazos únicos y el escaso porcentaje de embarazos múltiples.

**CATCH-UP EN LOS RECIÉN NACIDOS CON RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.** *N. González-Alonso. T. Arévalo-Saade. A. Pérez-Muñuzuri\*. L. Castro-Feijóo. P. Cabanas-Rodríguez. J. Barreiro-Conde. I. Martínez-Soto\*. JM. Fraga Bermúdez\*. M. Pombo-Arias. Unidad de Endocrinología, Crecimiento y Adolescencia y Servicio de Neonatología\*. Dpto de Pediatría. Universidad de Santiago de Compostela. Hospital Clínico Universitario.*

**Introducción:** El retraso del crecimiento intrauterino (CIR) se relaciona con cambios metabólicos y en la composición corporal que se asocian con retraso del crecimiento postnatal, siendo una de las principales causas de talla baja en los niños.

**Objetivo:** evaluar el comportamiento del *catch-up* en los niños que nacen con retraso del crecimiento intrauterino sin comorbilidad mayor asociada.

**Métodos:** revisión de historias clínicas de los recién nacidos con peso <p10, ingresados al nacimiento en un Hospital de tercer nivel, controlados en consulta hasta la realización del *catch-up* o durante un periodo no inferior a 12 meses. Se excluyeron aquellos con cromosomopatías, síndromes polimorfomáticos o patología asociada que pudiera comprometer la evolución posterior de su crecimiento.

**Resultados:** Se estudiaron 27 casos (51% varones) con las siguientes características: mediana de peso: 2.125 g, mediana de longitud: 45 cm; mediana de edad gestacional: 38 semanas; mediana de edad materna: 33 años (primíparas el 55,55%, 3 o más gestaciones en el 18,51%).

El *catch-up* de la longitud se produjo en el 100% de los casos

(68% a los 6 meses, 18% a los 12 meses, 9% a los 18 meses y 5% a los 24 meses) (Tabla 2).

**TABLA 2. Porcentaje acumulado del *catch-up* de la longitud**

		6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
CIR	Armónico	68,7%	81,2%	93,7%	100%
	Disarmónico	67%	100%		
Peso al nacimiento	<1.500 g	33,3%	66,6%	83,3%	100%
	1.500-2.000 g	100%			
	2.000-2.500 g	66,6%	83,3%	100%	
	>2.500 g	87,5%	100%		
Edad gestacional	<34 semanas	42,8%	85,7%	85,7%	100%
	34-37 semanas	50%	50%	75%	100%
	>37 semanas	76,9%	92,3%	100%	

Al cabo de los 24 meses se realizó el *catch-up* del peso en el 96% de los casos (74% a los 6 meses, 13% a los 12 meses, 4,5% a los 18 meses y 4,5% a los 24 meses). El caso en el que no se produjo presentaba reflujo gastroesofágico.

**Conclusiones:** En todos los casos se alcanzó el *catch-up* de la longitud, lo que hace pensar que la incidencia de fracaso del crecimiento en niños con CIR es menor que la descrita. Entre los factores que se relacionan con aumento del tiempo necesario para la realización del *catch-up* se encuentran: menor peso, longitud (sobre todo menor del p3) y edad gestacional al nacimiento. El crecimiento de estos niños debe ser vigilado estrechamente, sobre todo porque actualmente se plantea el tratamiento con GH en los niños con CIR y fracaso del *catch-up*.

**CARDIOLOGÍA FETAL: INICIO DE UN PROGRAMA EN GALICIA.** *C. Medrano, M. Álvarez\*, I. Bendayan, J.L. Fernández-Trisac\*\*, J. García-Consuegra\*, M.C. Alonso, F. Rueda, F. Portela, I. Raposo, C. Zavanella. Área Infantil del Corazón. \*S. Obstetricia, \*\*S Neonatología. Hospital Materno Infantil. C.H. Juan Canalejo. A Coruña.*

**Introducción:** El programa de cardiología fetal se incluye en la cartera de servicios del Área Infantil del Corazón y responde a una demanda médica y social: la medicina fetal.

**Objetivos:** Revisar la actividad realizada de 1998 a 2002 (5 años), el motivo de los estudios, el número de ecocardiografías fetales, los diagnósticos realizados, su manejo pre y postnatal, la evolución de los pacientes así como los falsos positivos y negativos.

**Metodología:** El programa se oferta a las gestantes de Galicia con factores de riesgo de cardiopatía con estudios propuestos a la 18 y 32 semana de edad gestacional. También a demanda del obstetra si tiene sospecha de cardiopatía estructural, arritmia o alteración hemodinámica. En todos se realiza un estudio

cardiológico postnatal. En los casos con patología severa se establece un seguimiento, un pronóstico cardiológico (por cardiólogos y cirujanos cardíacos, unido al general obstétrico) y se recomienda el parto en nuestro centro (traslado intraútero) para estabilización postnatal e intervención.

**Resultados:** Se estudiaron 261 fetos, 245 gestantes mediante 514 ecocardiografías (2,1 por gestación) con una evolución anual progresiva: 36, 49, 74, 138 y 217 (de 1998 a 2002 respectivamente). Los motivos principales de referencia fueron factor de riesgo familiar (cardiopatía congénita) y sospecha de patología en estudio obstétrico. Se diagnosticaron 24 pacientes con cardiopatía (9,2% de los fetos estudiados). 22 tenían cardiopatías estructurales: 7 SHCI y variantes, 4 Canales AV, 3 DTGA, 3 Cor. Univentriculares y 4 otras; 4 arritmias severas: 2 TSV (se trataron con antiarrítmicos, en 1 caso con terapia fetal directa) y 2 BAVCC (en corazones univentriculares); Otros 5 tenían alteraciones hemodinámicas severas (3 estenosis ductales por indometacina). Evolución: De los 24 cardiopatas en 3 casos se decidió IVE y 3 siguen intraútero. De los 18 restantes ninguno falleció intraútero, 16 nacieron en nuestro centro, todos se estabilizaron sin presentar acidosis. Se intervinieron 10 pacientes (4 exitus). No se intervinieron 8 (5 exitus, 2 estuvieron en lista de trasplante). La supervivencia global de los nacidos fue de 9/18 (50%). Hubo 2 falsos positivos: posible coartación de aorta que no se confirmó; y 1 falso negativo: una CIV que se cerró espontáneamente.

**Conclusiones:** El programa de cardiología fetal se ha iniciado con una actividad progresiva, es eficaz en el diagnóstico y manejo de las cardiopatías (evita traslados postnatales, acidosis) y es seguro (no falsos negativos). Es preciso desarrollarlo con una red de cribaje y derivación formada por obstetras y cardiólogos pediatras de Galicia.

#### SÁBADO 24 DE MAYO - 09.00 H - SALA A

**NIVELES DE INTERLEUQUINA 6 Y 8 EN SUERO DE NIÑOS SANOS Y PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA.** A. Díaz, J. Mallo, C. Villafañe, J.M. Marugán, L. Rodríguez, M.A. Suárez. Servicio de Pediatría. Hospital de León

**Objetivo:** Análisis comparativo de los niveles de interleuquina (IL) 6 y 8 en sangre de niños sanos, en relación con pacientes con infección urinaria, en función del nivel de la misma.

**Material:** El estudio se realizó en 52 niños sanos asintomáticos (40 varones y 12 mujeres) con una edad media de 51,31 ± 47,98 meses, y 35 niños con infección del tracto urinario (10 varones y 25 mujeres) y una edad media de 47,36 ± 52,52 meses. Entre estos últimos se diferencian dos grupos: 17 niños con infección urinaria de vías bajas (ITU) y 18 con pielonefritis aguda (PNA).

**Métodos:** Estudio prospectivo de niños ingresados en nuestro servicio por sospecha de infección urinaria, confirmada con posterioridad, y sin nefropatía previa. En todos se realizó una gammagrafía con DMSA, que permitió confirmar o descartar la presencia de pielonefritis aguda. Se determinó la concentración de IL6 e IL8 en suero por ELISA. La comparación entre medias se realizó con el test de Mann-Whitney, valorando como significativa una p menor de 0.05.

**Resultados:** En la tabla siguiente mostramos la media, desviación estándar e intervalo de confianza (95%) de IL en los distintos grupos estudiados, en pgr/ml:

	Controles	ITU	PNA
IL6	0,49/1,73 (0,07-1,05)	5,72/9,74 (0,86-10,6)	16,44/9,62 (11,9-20,9)
IL8	136/418 (0,74-272)	268/352 (97-438)	291/543 (35-547)

Los niveles medios de IL6 en suero fueron significativamente superiores en el grupo de PNA con respecto a la ITU (p=0,001), y en niños con ITU con respecto a los controles (p<0,05). No se observaron diferencias entre los grupos en los niveles de IL8 en suero.

**Conclusiones:** En la infección urinaria se produce una elevación de los niveles de IL6 en suero con respecto a niños sanos, especialmente en la pielonefritis aguda, hecho no observado para IL8.

**NIVELES DE INTERLEUQUINA 6 Y 8 EN ORINA DE NIÑOS SANOS Y PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA.** A. Díaz, C. Villafañe, J. Mallo, L. Rodríguez, J.M. Marugán, M.A. Suárez. Servicio de Pediatría. Hospital de León.

**Objetivo:** Análisis comparativo de los niveles de interleuquina (IL) 6 y 8 en sangre de niños sanos, en relación con pacientes con infección urinaria, en función del nivel de la misma.

**Material:** El estudio se realizó en 52 niños sanos asintomáticos (40 varones y 12 mujeres) con una edad media de 51,31 ± 47,98 meses, y 35 niños con infección del tracto urinario (10 varones y 25 mujeres) y una edad media de 47,36 ± 52,52 meses. Entre estos últimos se diferencian dos grupos: 17 niños con infección urinaria de vías bajas (ITU) y 18 con pielonefritis aguda (PNA).

**Métodos:** Estudio prospectivo de niños ingresados en nuestro servicio por sospecha de infección urinaria, confirmada con posterioridad, y sin nefropatía previa. En todos se realizó una gammagrafía con DMSA, que permitió confirmar o descartar la presencia de pielonefritis aguda. Se determinó la concentración de IL6 e IL8 en suero por ELISA. La comparación entre medias se realizó con el test de Mann-Whitney, valorando como significativa una p menor de 0.05.

**Resultados:** En la tabla siguiente mostramos la media, desviación estándar e intervalo de confianza (95%) de IL en los distintos grupos estudiados, en pgr/ml:

	Controles	ITU	PNA
IL6	0,17/0,83 (0,17-0,51)	5,34/9,75 (0,62-10)	20,33/23,3 (9,35-31,31)
IL8	47,2/97,6 (14,7-79,7)	389/526 (133-644)	487/724 (146-829)

Los niveles medios de IL6 en orina fueron significativamente superiores en el grupo con PNA en relación al de ITU ( $p < 0,05$ ) y al grupo control ( $p < 0,001$ ), y en el de ITU versus controles ( $p < 0,05$ ). La IL8 en orina mostró también niveles superiores, con respecto a los controles, tanto en el grupo de las PNA ( $p = 0,001$ ), como en el de ITU ( $p < 0,001$ ), pero sin diferencias entre estos últimos.

**Conclusiones:** En la infección urinaria se produce una elevación de los niveles de IL6 y 8 en orina con respecto a niños sanos. La IL6 se elevó más aún en el caso de afectación renal (PNA).

**ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS.** C. Gómez, A. García, C. Fariña, G. Landín, M. Santos, E. Maside, A. Novo, E. García, S. Trabazo, S. Castro, J. Luaces, R.F. Prieto, M. Rodríguez\*. Servicio de Pediatría. Unidad de Reumatología\*. Hospital A. Marcide. Ferrol.

**Objetivo:** Conocer los aspectos epidemiológicos, clínicos, analíticos, terapéuticos y evolutivos de los pacientes diagnosticados de artritis idiopática juvenil (AIJ) controlados en nuestro centro.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes con AIJ menores de 14 años seguidos en nuestro centro desde 1992.

**Resultados:** Se revisaron las historias de 6 pacientes, 2 varones y 4 mujeres de edades comprendidas entre 19 meses y 6 años. En el momento del diagnóstico 4 de los pacientes tenían menos de 28 meses. Encontramos antecedentes familiares de espondilitis anquilosante en 1 caso. En la anamnesis personal no se encontró antecedente de proceso infeccioso previo en ningún caso. Las serologías fueron negativas y únicamente en uno de los niños se objetivó elevación de ASLO. La forma clínica de presentación fue oligoarticular en 5 casos y sistémica en 1. En las formas oligoarticulares la articulación más frecuentemente afectada fue la rodilla. Tres niños asociaban sintomatología extraarticular consistente en anemia ferropénica en 2 casos y en iridociclitis bilateral en 1 caso. En lo que se refiere a los reactantes de fase aguda la velocidad de sedimentación globular estaba elevada en 3 casos y la PCR en 4 casos. En todos los casos de forma oligoarticular los anticuerpos antinucleares (ANA)

eran positivos. Se determinó HLA B27 en todos los pacientes identificándose un portador. Se realizó extracción de líquido articular en 2 casos de artritis de rodilla; ambos de características inflamatorias y cultivo estéril. En cuanto a la evolución de las formas oligoarticulares: en 2 pacientes la evolución es buena tras tratamiento con Metotrexato, en un caso ha sido necesario asociar ciclosporina A y en otro caso ha iniciado tratamiento con infliximab con buena respuesta. En el paciente con la forma sistémica se mantiene tratamiento con metotrexato. Todos los pacientes mantienen buena capacidad funcional.

**Conclusiones:** La forma clínica más frecuente en nuestro grupo es la oligoarticular. Los ANA son positivos en el 100% de las formas oligoarticulares. La introducción precoz de fármacos de 2ª línea modificadores de la enfermedad ha contribuido a la buena evolución de estos pacientes.

**INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR AEROMONAS.** L. Martínez Mengual, M.C. Cuadrillero Quesada, M.A. Martín Mardomingo, S.M. Parrondo Garrido, D. Miguel Martínez\*, C. Pérez Méndez. Servicio de Pediatría y \*Microbiología del Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Introducción:** *Aeromonas* spp es un patógeno intestinal descrito con frecuencia creciente como responsable de gastroenteritis aguda en pediatría.

**Pacientes y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de enfermedad por *Aeromonas* spp diagnosticados en el área sanitaria de Gijón (Asturias) en niños menores de 14 años entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2002.

**Objetivos:** 1. Conocer la incidencia y epidemiología de las infecciones por *Aeromonas* en el área sanitaria de Gijón (Asturias); 2.. Describir las características clínicas de los niños con enfermedad por *Aeromonas*.

**Resultados:** Se aisló *Aeromonas* en 97 casos (89% *A. caviae*, 8% *A. hydrophila*, 3% no especificado), representando el 12% de los patógenos intestinales aislados en este periodo; 36 casos fueron atendidos en el servicio de urgencias del hospital y 61 en atención primaria. En el 43% de los casos existía otro patógeno coinfectando las heces (76% *Campylobacter jejuni*, 24% *Salmonella* spp). La mediana de edad de los niños atendidos en el hospital fue de 11 meses (rango: 1 mes-12 años), siendo el 88% menores de 3 años. Sólo dos casos fueron aislados en los meses de verano. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (75%), fiebre (50%), vómitos (38%) y dolor abdominal o irritabilidad (30%). Presentaban otra infección extraintestinal simultánea el 41% de los niños atendidos en urgencias (12 casos de infección respiratoria superior, y un caso cada uno de meningitis por enterovirus e infección del tracto urinario). Ingresaron en el hospital 10 de los 36 niños atendidos en urgencias. Presentaban un

copatógeno intestinal el 20% de los niños que ingresaron y el 42% de los que no lo hicieron. Tres casos presentaron complicaciones (dos casos de deshidratación y un caso de invaginación intestinal).

**Conclusiones:** *Aeromonas* es un patógeno intestinal importante en nuestra área sanitaria. Afecta predominantemente a niños menores de un año, siendo excepcional en los meses de verano, a diferencia de lo que ocurre en otras regiones españolas. Es frecuente la asociación con otros patógenos intestinales y con otros procesos infecciosos extraintestinales.

**INFECCIÓN GASTROINTESTINAL POR *YERSINIA ENTEROCOLITICA*.** M.C. Cuadrillero Quesada, M.A. Martín Mardomingo, S.M. Parrondo Garrido, L. Martínez Mengual, D. Miguel Martínez\*, C. Pérez Méndez. Servicio de Pediatría y \*Microbiología del Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Introducción:** *Yersinia enterocolitica* es un patógeno gastrointestinal responsable de cuadros de diarrea aguda o dolor abdominal en niños.

**Pacientes y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de enfermedad por *Yersinia enterocolitica* diagnosticados en el Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias) en niños menores de 14 años entre el 14 de febrero de 1996 y el 31 de diciembre de 2001.

**Objetivos:** 1. Conocer la incidencia y epidemiología de las infecciones por *Yersinia* en el área de salud de Gijón (Asturias); 2. Describir las características clínicas de los niños con enfermedad por *Yersinia enterocolitica*; 3. Comparar las diferencias en la forma de presentación de la enfermedad entre niños menores de 3 años y niños mayores.

**Resultados:** En este periodo se han diagnosticado 137 casos de *Yersinia enterocolitica* (134 niños menores de 14 años y 3 adultos). De los 134 niños, 73 fueron atendidos en el servicio de Urgencias hospitalario, 57 en Atención Primaria y no se dispone de datos en 4 casos. *Yersinia enterocolitica* fue responsable del 2% de las infecciones gastrointestinales. La mediana de edad fue 16 meses. La enfermedad fue más frecuente en otoño, aunque las variaciones estacionales fueron escasas. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (86%), fiebre (80%), dolor abdominal (38%) y vómitos (36%). Comparando los distintos grupos de edad, la diarrea fue más frecuente en los menores de 3 años (93% versus 73%) mientras que el dolor abdominal fue más frecuente en los mayores de esa edad (84% versus 12%). Ingresaron en el hospital el 18% de los niños. Seis casos presentaron complicaciones: 4 articulares, un caso de deshidratación isotónica y un caso de hipoglucemia.

**Conclusiones:** *Yersinia enterocolitica* es responsable de un pequeño porcentaje de los casos de infección gastrointestinal en nuestro área sanitaria. La diarrea aguda es la forma habitual de

presentación en niños pequeños, mientras que el dolor abdominal es la manifestación clínica habitual en los niños mayores.

SÁBADO 24 DE MAYO - 09.00 H - SALA B

**APENDICITIS AGUDA: ¿QUÉ NOS APORTA LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO?** A. Sánchez Abuín, J. Liras, I. Somoza, R. Mendez, M. Tellado, E. Pais, J. Ríos, D. Vela. Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". Hospital Materno Infantil "Teresa Herrera". A Coruña.

**Introducción:** La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en edad pediátrica. Muchos han sido los trabajos y estudios en los últimos años encaminados a valorar el papel de la ecografía abdominal en su diagnóstico, tanto en población adulta como pediátrica. Sin embargo, los resultados de los mismos siguen siendo contradictorios.

**Objetivo:** Analizar de forma descriptiva y preliminar el papel que la ecografía abdominal juega en nuestro servicio para el diagnóstico de apendicitis aguda.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de las 88 apendicectomías realizadas en nuestro servicio en el año 2001, recogiendo además de datos generales (edad, sexo, cirujano, técnica quirúrgica, pruebas complementarias, antibioterapia, cultivos, días de estancia, complicaciones), información sobre estudios ecográficos practicados y su relación con la clínica del niño (típica o atípica), tiempo de evolución al diagnóstico, diagnóstico anatomopatológico definitivo y peso sobre la decisión final del cirujano.

**Resultados:** 29 niños fueron estudiados ecográficamente (33% del total), de los cuales 15 presentaban una clínica típica (52% de los niños estudiados con ECO cuando la clínica típica supuso el 77,2% del total) y 14 una clínica atípica (48% de las ECOs frente al 22,7% del total). La evolución media del cuadro en el momento del diagnóstico fue similar en los niños sometidos y no sometidos a estudio ecográfico (36 horas) De los 29 estudios ecográficos, 10 fueron informados como normales, comprobándose después apendicitis en 8 casos (30% perforadas). De los 19 estudios ecográficos con datos sugestivos (apéndice tubular dilatado, líquido libre, plastrón o dilatación de asas), sólo 1 caso fue negativo, cuando la incidencia global de apendicectomías en blanco fue del 8%. Finalmente, los hallazgos de 15 de los 29 estudios ecográficos hechos (52%) fueron considerados concluyentes para la decisión operatoria del cirujano.

**Conclusiones:** La ecografía abdominal para el diagnóstico de apendicitis aguda es poco utilizada en nuestro servicio, siendo la valoración clínica suficiente en la mayoría de casos, manteniendo índices de apendicectomías en blanco razonables (8%). Su uso principalmente se reserva para casos clínicos atípicos o dudosos,

pero no rutinariamente. En cuanto a sus resultados, el diagnóstico positivo nos parece fiable y certero (95%), no siendo así el diagnóstico negativo, con elevado error diagnóstico (80%).

**FACTORES PRONÓSTICOS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICO-URETERAL.** A. Sánchez Abuín, I. Somoza, J. Liras, R. Mendez, M. Tellado, E. Pais, J. Ríos, D. Vela. *Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo". Hospital Materno Infantil "Teresa Herrera". A Coruña.*

**Introducción:** El reflujo vésico-ureteral (RVU) es una de las anomalías urológicas más frecuentes en la edad pediátrica. El manejo del RVU continúa siendo controvertido. La introducción del tratamiento endoscópico en 1984 ha supuesto un cambio en las pautas terapéuticas del RVU. Estudiamos los factores que determinan el pronóstico del tratamiento endoscópico de los reflujo de alto grado (III-IV).

**Material y métodos:** De un total de 550 casos de RVU (735 unidades renales refluventes) tratados durante los últimos 16 años, se recogieron los paciente con RVU de grado III y IV tratados endoscópicamente con Téflon o Macroplastique desde 1995 a 2001, constituyendo un total de 184 pacientes. Tras descartar los pacientes con seguimiento incompleto o RVU secundario. Se realizó un estudio de cohortes observacional retrospectivo y prospectivo. Se realizó a todos los pacientes: CUMS (o sonocistografía con galactosa), DMSA y ecografía renal. Se recogieron datos a cerca de edad, sexo, ITUs, bilateralidad, cicatrices renales, disfunción vesical y porcentaje de éxito, añadiendo un nuevo factor: dilatación ureteral en la CUMS (graduado por un urólogo infantil sin conocer el grado de RVU). El análisis estadístico de los datos utilizado fue el test de Chi-cuadrado y el test de Fisher mediante tablas de contingencia y regresión logística.

**Resultados:** El reflujo fue bilateral el 44,4% de los casos. 64 casos se diagnosticaron tras ITUs y 21 tras sospecha prenatal. Encontramos una fuerte relación entre la incidencia de cicatrices renales y disfunción vesical ( $p < 0,01$ ). El porcentaje de curación tras la primera inyección fue del 64%. El análisis univariante muestra una fuerte relación entre la resolución del reflujo y la bilateralidad, disfunción vesical, nefropatía y el grado de dilatación ureteral, pero con el análisis de regresión logística simultáneo, el único factor pronóstico con significación estadística fue el grado de dilatación ureteral ( $p < 0,001$ ). La progresión del daño renal se observó en pacientes con disfunción vesical ( $p = 0,053$ ), bilateralidad ( $p = 0,034$ ) y dilatación ureteral severa ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Se ha demostrado relación estadística entre el porcentaje de éxito del tratamiento endoscópico del RVU y el grado de dilatación ureteral. Otros factores relevantes que influyen en la resolución del reflujo son la disfunción vesical, la bilateralidad y las cicatrices renales en el DMSA inicial.

**PRESENTACIÓN TARDÍA EN LAS HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÉNITAS. ALGO MÁS QUE UNA EXCEPCIÓN.** V. Alvarez Muñoz, A. Prado Valle, P. Touza Pol, S. García Saavedra, C. Martínez-Almoyna Rullán. *Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** Las hernias diafragmáticas congénitas han sido y aun son fuente inagotable de estudio para neonatólogos y cirujanos pediatras en su forma de presentación "habitual", esto es, inmediatamente tras el nacimiento, en forma de dificultad respiratoria con hipoplasia pulmonar y necesidad de cirugía tras la estabilización del paciente.

Sin embargo, un porcentaje nada desdeñable de estos defectos congénitos pasan desapercibidos en el periodo neonatal y debutan ulteriormente con una clínica más o menos larvada o en forma de urgencia quirúrgica. Las series publicadas apenas exceden un puñado de pacientes por lo que aun se ciernen muchas sombras sobre este tipo de presentación.

**Material y métodos.** Se presenta para discusión la serie histórica del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Central de Asturias consistente en 8 pacientes (5 niñas y 3 varones) que presentaron hernias diafragmáticas de tipo congénito tras el periodo neonatal (se han excluido del estudio las hernias diafragmáticas traumáticas). El rango de edades va desde los 3 meses a los 4 años.

**Resultados.** Todas las hernias han sido posterolaterales izquierdas (de Bochdalek) excepto un caso de hernia anteromedial (de Morgagni). La presentación clínica abarcó desde el paciente asintomático con hallazgo radiológico casual al debut abrupto con vólvulo digestivo. El abordaje quirúrgico ha sido laparotómico en 7 casos y laparoscópico en 1. Ha habido un caso de éxitus.

**Conclusiones.** En nuestra serie, una de las mayores presentadas a nivel mundial, se constata la necesidad de recordar que los defectos diafragmáticos congénitos pueden presentarse en cualquier momento de la vida y que, la demora diagnóstica y terapéutica, comporta un elevado riesgo de morbimortalidad en estos pacientes.

**QUISTES PARAURETRALES CONGÉNITOS VULVARES EN LAS RECIÉN NACIDAS.** S. Rey García, C. Lorenzo Lege-rén, C. García Cendón, C. Rodríguez Rodríguez, G. Nóvoa Gómez, M.L. Martínón Sánchez, F. Martínón Sánchez. *Complejo Hospitalario de Ourense.*

**Introducción y justificación:** Las tumoraciones quísticas de la vulva de una niña recién nacida pueden tener orígenes variados que plantean problemas de diagnóstico diferencial. Entre estas tumoraciones, tienen carácter excepcional los quistes parauretrales, lo que puede llevar a errores diagnósticos y

de actitud terapéutica. Para su mejor conocimiento, dada su rareza, hacemos esta aportación casuística.

**Casos clínicos:** Corresponden a 12 recién nacidas. La totalidad carecía de antecedentes de interés y habían nacido de partos eutócicos a término, después de gestaciones normales. La exploración física fue normal en todos los casos, salvo el propio quiste. El quiste fue descubierto en seis de las niñas, en la exploración neonatal inicial (realizada dentro de las primeras 24 horas de vida), y en las restantes, a los 3, 6, 16, 17 y 30 días de edad. El quiste aparecía como una formación redondeada situada en la zona distal del tabique uretrovaginal (posterior la uretra y anterior al himen), cuyo tamaño oscilaba entre 0,5 y 2,5 cm. Ocho estaban turgentes y con la pared translúcida, en otros cuatro la pared no dejaba transparentar su contenido. Cuatro se rompieron espontáneamente y no se volvieron a repleccionar, cinco se resolvieron sin tratamiento, dos fueron drenados, al estar comprometido el meato uretral y solamente uno tuvo que ser sometido a una cura quirúrgica diferida.

El uretrocistograma fue normal en cuatro observaciones y la ecografía nefrourológica en las restantes.

**Discusión y conclusiones:** Los quistes parauretrales congénitos pueden ser diagnosticados clínicamente dada su localización y morfología; no obstante, en el diagnóstico diferencial han de ser considerados otros quistes y el mucocolpo, recurriendo si es necesario a una sonda uretral.

La evolución habitual es a la resolución espontánea, por lo que se debe evitar la intervención quirúrgica y, en caso de su persistencia, diferirla hasta que por el tamaño sea más fácil, pero antes de que se inicien las relaciones sexuales para evitar el desarrollo de divertículos uretrales, como consecuencia del coito o del parto y su infección secundaria.

**TÉCNICA COMBINADA DE OTOPLASTIA: NUESTRA EXPERIENCIA.** *R. Muguerza, M. Montero, M. Prada, B. Gómez\*, A.R. Costa. Sección de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario "Xeral-Cies". \*Servicio de Cirugía Plástica. Policlínica Povisa.*

**Introducción.** Las deformaciones antiestéticas del pabellón auricular representan la malformación congénita más frecuente de la región cérvico-facial. Se han descrito más de 200 técnicas quirúrgicas para su corrección, lo que indica que ninguna de ellas de forma aislada es ampliamente aceptada.

**Material y métodos.** Presentamos nuestra experiencia en 12 pacientes con una técnica combinada de otoplastia realizada en los últimos 6 meses. Esta técnica llevada a cabo en su totalidad mediante un abordaje posterior y utilizando un instrumental diseñado con la morfología del pabellón auricular (dilatador y lima), consiste en: escoriación del cartilago auricular en su vertiente anterior, sutura con hilo irreabsorbible del pliegue creado del antehelix y hundimiento y fijación de la concha al plano premaxilar.

**Resultados.** No hubo complicaciones y todos los pacientes están satisfechos con el resultado estético obtenido.

**Discusión.** El procedimiento quirúrgico presentado reúne los efectos beneficiosos de 3 técnicas previamente descritas (Strenström, Mustardé y Furnas). Esta otoplastia combinada, en nuestra opinión es segura y fácil de realizar, su tasa de complicaciones es baja y consigue un resultado estético satisfactorio.

---

#### SÁBADO 24 DE MAYO - 15.30 H - SALA A

---

**DÉFICIT DE IG A EN LA INFANCIA.** *C. Fariña, A. García, C. Gomez, G. Landín, E. García, R.F. Prieto, M. Santos, A. Novo, S. Castro, J. Luaces, S. Trabazo, E. Maside. Hospital Arquitecto Marcide - Novoa Santos, Ferrol.*

**Introducción:** El déficit selectivo de Ig A es la inmunodeficiencia primaria más frecuente en Europa y EE.UU. El déficit de Ig A se define como la ausencia o disminución de la concentración sérica por debajo de 5 mg/dl.

**Objetivo:** Revisión de los pacientes con déficit de Ig A diagnosticados en los últimos 2 años en nuestro servicio con objeto de conocer patología asociada al mismo.

**Material y métodos:** Se realizó recogida de datos de 16 pacientes con diagnóstico analítico de déficit de Ig A en los últimos 2 años. Se consideró déficit de Ig A valores de Ig A sérica < 6,7 mg/dl realizándose en algunos casos cuantificación de Ig A secretora salival (considerándose patológicos valores < 2 mg/dl).

En los casos a estudio se cuantificó el resto de Igs ampliándose el estudio inmunológico en los pacientes con historia de infecciones de repetición.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 16 pacientes con edades comprendidas entre los 2 y los 15 años siendo el 50% varones y el 50% mujeres; Seis de los pacientes (37%) habían sido remitidos a nuestras consultas por retraso ponderoestatural, siendo uno de los casos diagnosticado de enfermedad celiaca; Tres niños (18%) eran seguidos en consultas de alergia infantil con el diagnóstico de asma extrínseca, uno de ellos con una displasia ectodérmica; Las infecciones de repetición fueron el motivo de consulta de cinco de los casos (31%). Las infecciones más comunes fueron de la vía aérea superior (amigdalitis, otitis, laringitis...) y tracto gastrointestinal. 1 de estos pacientes presenta un Sd de hiperIg M no ligado al cromosoma X y a raíz de su diagnóstico se estudió a su hermana presentando ésta el mismo déficit inmunológico; La DM tipo 1 fue la patología por la que se descubrió el déficit de Ig A en uno de los casos (6%).

**Conclusiones:**

- El número de pacientes revisado no es suficiente para llegar a conclusiones sobre las enfermedades que se asocian al déficit de Ig A.

- El déficit selectivo de Ig A en la mayoría de los casos es asintomático. Si presentan síntomas las manifestaciones clínicas más frecuentes son infecciones de repetición (1/3 de los casos según la bibliografía) generalmente respiratorias y/o gastrointestinales. Estas son más frecuentes si existe déficit asociado de subclases de Ig G.
- El déficit de Ig A se ha asociado también a la patología alérgica-asmática siendo la incidencia de 1/200 alérgicos.
- Se ha observado una mayor asociación con enfermedades autoinmunes fundamentalmente E.C, LES, DM 1 y ARJ.

**SITUACIÓN ACTUAL DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y CONTROL METABÓLICO EN NIÑOS GALLEGOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.** *J. Barreiro; M. Santos<sup>1</sup>; A. Novo<sup>1</sup>; J.L Chamorro<sup>2</sup>; A. Pavón<sup>3</sup>; A. Cepedano<sup>4</sup>; I. Quintela<sup>5</sup>; P. Lázaro<sup>6</sup>; M.M. Rodicio<sup>7</sup>; M. Caramés<sup>8</sup>; M Rodríguez<sup>7</sup>; M.J. Pita<sup>10</sup>; P. Fariña<sup>11</sup>.* U. de Endocrinología, Crecimiento y Adolescencia. Dep. de Pediatría. Facultad de Medicina de Santiago (USC). Grupo de Diabetes Infantil de Galicia: H. Clínico Universitario de Santiago; H. Arquitecto Marcide de Ferrol<sup>1</sup> (A Coruña); H. Xeral-Cies de Vigo<sup>2</sup> (Pontevedra); H. Provincial de Pontevedra<sup>3</sup> (Pontevedra); H. Xeral Calde de Lugo<sup>4</sup> (Lugo); H. Virxe da Xunqueira<sup>5</sup> (A Coruña); H. Materno Infantil Teresa Herrera<sup>6</sup> (A Coruña); H. da Costa Burela<sup>7</sup> (Lugo); H. Comarcal Valdeorras<sup>8</sup> (Ourense); H. de Barbanza<sup>9</sup> (A Coruña); H. Comarcal de Monforte<sup>10</sup> (Lugo); H. Cristal Piñor<sup>8</sup> (Ourense).

**Objetivo:** Evaluar la situación actual de los niños de 0 a 15 años con diabetes mellitus tipo 1 con respecto al régimen terapéutico y grado de control metabólico.

**Material y métodos:** Estudio transversal multicéntrico realizado con los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1, que acudieron a consultas externas de los Hospitales del Sergas en el mes de noviembre del 2002. En el protocolo de recogida de datos, se incluían: edad actual, sexo, edad de diagnóstico y tiempo de evolución, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), desarrollo puberal, régimen terapéutico (unidades de insulina/Kg/día, número de dosis, insulina extra) y control metabólico: media de HbA1c durante el último año (rango normal: 3,7-5,1). Los datos se expresan en %, media, rango y DE.

**Resultados:** Se revisan los datos de 152 pacientes. La distribución por sexo es 57,9% niños (88 casos) y 42,1% niñas (64 casos).

**Grupo Prepuberal:** Son 81 pacientes con una media de edad de  $7,7 \pm 2,9$  años (rango: 1 a 9,8 años), tiempo de evolución de  $3,5 \pm 2,4$  años. Constituido por 51 niños con un IMC de  $17,7 \pm 2,5$  y 28 niñas con IMC de  $19,4 \pm 2,4$ . La dosis media de insulina fue de  $0,77 \pm 0,2$  UI/Kg/día. El 33,3% reciben tres inyecciones de insulina al día y el 47% dos dosis. Administran insulina extra el 55,5% (45 casos). La media de HbA1c en el último año es de  $7,6 \pm 1,1\%$ . En los pacientes de más de tres años de

evolución la HbA1c es de  $7,8 \pm 1,1\%$  y la dosis de insulina es de  $0,86$  UI/Kg/día frente a  $7,3 \pm 1,4\%$  de HbA1c y de  $0,73$  UI/Kg/día insulina en los de menos de tres años.

**Grupo Puberal:** Lo constituyen 71 pacientes con una media de edad de  $13,3 \pm 1,7$  años (rango 10 a 15 años). El tiempo de evolución es de  $4,5 \pm 3,7$  años (rango: 1- 12 años). Son 38 niños (54,1%) con un índice de masa corporal de  $19,1 \pm 1,9$  y 32 niñas (45,8%) con IMC de  $20,9 \pm 2,78$ . La dosis media administrada de insulina es de  $0,9 \pm 0,3$  UI/Kg/día. El 63,8% reciben tres o más inyecciones diarias de insulina y el 36,6% dos. El 78,8% (56 pacientes) administran insulina extra. En los pacientes con evolución menor a tres años la dosis de insulina es  $0,7 \pm 0,2$  UI/Kg/día y la HbA1c media de  $7 \pm 1,9\%$  frente a  $1,0 \pm 0,3$  UI/Kg/día de insulina y HbA1c de  $7,8 \pm 1,1\%$  en los de más de tres años de evolución.

**Conclusiones:** La utilización de tres o más dosis, así como la utilización de insulina extra es más frecuente en el grupo puberal. El control metabólico empeora con la edad y el tiempo de evolución.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN GALICIA: AÑOS 2001-2002.** *P. Fariña, M. Caramés<sup>1</sup>, A. Pavón<sup>2</sup>, J.L Chamorro<sup>3</sup>, M.J. Pita<sup>4</sup>, M.M. Rodicio<sup>5</sup>, A. Cepedano<sup>6</sup>, M. Rodríguez<sup>7</sup>, I. Quintela<sup>8</sup>, P. Lázaro<sup>9</sup>, M. Santos<sup>10</sup>, A. Novo<sup>10</sup>, J. Barreiro<sup>11</sup>.* Grupo de Diabetes Infantil de Galicia: H. Cristal Piñor (Ourense), H. Comarcal Valdeorras<sup>1</sup> (Ourense), H. Provincial de Pontevedra<sup>2</sup> (Pontevedra), H. Xeral-Cies de Vigo<sup>3</sup> (Pontevedra), H. Comarcal de Monforte<sup>4</sup> (Lugo), H. da Costa Burela<sup>5</sup> (Lugo), H. Xeral Calde de Lugo<sup>6</sup> (Lugo), H. de Barbanza<sup>7</sup> (A Coruña), H. Virxe da Xunqueira<sup>8</sup> (A Coruña), H. Materno Infantil Teresa Herrera<sup>9</sup> (A Coruña), H. Arquitecto Marcide de Ferrol<sup>10</sup> (A Coruña). U. de Endocrinología, Crecimiento y Adolescencia. Facultad de Medicina de Santiago (USC). H. Clínico Universitario de Santiago<sup>11</sup>.

**Objetivo:** Conocer las características clínicas y analíticas de los niños de 0 a 14 años que ingresaron en los Hospitales de la Comunidad Gallega (Sergas) durante los años 2001 y 2002.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron todos los niños, desde el nacimiento hasta los 14 años, residentes en nuestra Comunidad que ingresaron en los Hospitales del Sergas desde el 1 de enero del 2001 hasta 31 de diciembre del 2002 y que cumplen los criterios de diagnóstico de diabetes tipo 1. En el protocolo de recogida de datos, que se formalizó al ingreso, se incluía: edad, sexo, procedencia, antecedentes personales de patología autoinmune asociada y antecedentes familiares, síntomas previos al debut y su duración, parámetros bioquímicos al diagnóstico: glucemia, HbA1c y cetoacidosis (CAD) con  $\text{pH} < 7,30$  y/o bicarbonato  $< 15$  mEq/L. Los datos se expresan en %, media, rango y DE.

**Resultados:** Se diagnosticaron 108 casos (año 2001: 61 pacientes y 48 en el año 2002). La distribución por sexo es 44,4% niñas

(48 casos) y 54,6% niños (59 casos). Por grupos de edad: a) entre 0-4 años son 29 pacientes (26,9%), media de edad 2,9 años (rango 1-4 años); b) entre 5 y 9 años son 44 niños (40,7%) con una edad media de 7,3 años (5,1-9,9 a.) y c) entre 10 y 14 años, 35 pacientes (32,4%), edad media de 11,6 años (10,2-13,8 a.). Distribución anual: invierno 33,3%, primavera 26%, verano 20,3% y otoño 21,3%. Habían recibido lactancia materna el 55,7%. Cinco pacientes presentaban enfermedad celíaca (4,6%) y tres tiroiditis autoinmune, uno de ellos con hipofunción. En relación a antecedentes familiares, 7 pacientes tienen un familiar de primer grado con DMt1 y con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMt2) 2 pacientes; 43 pacientes tienen familiares de 2º grado con DMt1 o DMt2. La incidencia de los niños diagnosticados por ingreso supone un porcentaje de 16,7/100.000/año para nuestra comunidad.

a) *Grupo de 0-4 años*: El tiempo medio de debut fue de 13,6 días (1-21 días). Los síntomas previos fueron: poliuria y polidipsia 96,5%, nicturia o enuresis 72,4%, pérdida de peso 64,3% y polifagia 28,5%. Glucemia 495 mg/dl, HbA1c 8,8% y CAD en 37,9 % (11 casos)

b) *Grupo de 5-9 años*: El tiempo medio de debut fue de 21,7 días (2-60). Los síntomas más frecuentes son: poliuria 95,4%, polidipsia 90,9%, pérdida de peso 75%, enuresis 64% y polifagia 52%. Glucemia 377,6 mg/dl, HbA1c 10,3% y CAD 29,5% (13 casos).

c) *Grupo de 10 a 14 años*: El tiempo medio de debut fue de 25,4 días (26-120). Los síntomas que destacan son: polidipsia 100%, poliuria 96%, pérdida de peso 83% y polifagia 59,8%. Glucemia 525,1 mg/dl, HbA1c 11,6% y CAD 25,7% (9 pacientes).

**Conclusiones:** La mayor incidencia de DMt1 se observa entre los 5 y 9 años. Aproximadamente un tercio de los niños fueron diagnosticados en cetoadicidosis. El grupo de menor edad es diagnosticado en menos tiempo y con valores inferiores de HbA1c. Los síntomas más frecuentes fueron poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

**ALERGIA E INTOLERANCIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: INFLUENCIA DE FACTORES GENÉTICOS Y PERINATALES.** *E. Mora González, M.A. De Andrés Fraile, M. Pacheco Cumani, M. San Román Muñoz, E. Pérez Gil, M. Uyaguari Quezada, M.J. Lozano de la Torre. Servicio de Pediatría. H. Universitario M de Valdecilla. Universidad de Cantabria.*

**Objetivo.** El desarrollo de alergia/intolerancia a proteínas de leche de vaca (A/IPLV) se ha descrito asociado a diversos condicionantes: antecedentes familiares de alergia, tipo de parto y contacto con alérgenos alimentarios (proteínas de leche de vaca) en los primeros días de vida. El objetivo de este estudio es valorar la influencia de estos factores en nuestros pacientes.

**Pacientes y métodos.** En enero de 1995 se diseñó un protocolo de recogida de datos para los pacientes con sospecha de

A/IPLV. Se registran una serie de variables entre las que se incluyen datos de antecedentes familiares de alergia, tipo de parto, administración de biberón "pirata" en el periodo neonatal, manifestaciones clínicas, determinación de IgE específica para proteínas de leche de vaca, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína, fórmula de sustitución utilizada y resultados de prueba de provocación con leche de vaca. Los pacientes se dividen en dos grupos según el mecanismo inmunológico: IgE positivo (81 pacientes) e IgE negativo (39 pacientes) y se comentan las diferencias encontradas. Se presentan los datos de 120 pacientes estudiados desde enero de 1995 a enero de 2002.

**Resultados.** Pacientes: 120 (50,8% varones y 49,16% mujeres). El parto fue mediante cesárea en 45,7% (media de cesáreas en nuestro Hospital durante los últimos 7 años ha sido del 20,8 %). Los partos instrumentales (ventosas y fórceps) representaron el 8,6% y los partos eutócicos el 45,7%. En 111 recién nacidos (87,3%) se administró al menos un "biberón pirata" en las Unidades de maternidad (97,5% de las cesáreas, 100% de partos instrumentales y en el 69 % de los partos eutócicos).

Se recogieron antecedentes familiares alérgicos en el 62,1% de los pacientes (67,9% del grupo IgE positivo y 50% del grupo IgE negativo). Existían antecedentes alérgicos en familiares de primer grado en el 40,5% (IgE+ 43,6% e IgE- 34,2%). 81 pacientes (67,5%) eran primogénitos. La lactancia materna exclusiva fue de 82,25 días. La edad media al diagnóstico fue de 3 meses.

#### **Conclusiones:**

- Destacar el elevado número de cesáreas en los pacientes con alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca.
- Llamar la atención sobre la administración de leche artificial en el periodo neonatal inmediato en la práctica totalidad de los niños alimentados con lactancia materna.
- La existencia de antecedentes familiares alérgicos es mucho más frecuente en los pacientes con alergia a proteínas de leche de vaca mediada por IgE.

**ALERGIA E INTOLERANCIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: CLÍNICA Y EVOLUCIÓN.** *M.A. De Andrés Fraile, E. Mora González, M. Pacheco Cumani, M. San Román Muñoz, E. Pérez Gil, M. Uyaguari Quezada, M.J. Lozano de la Torre. Servicio de Pediatría. H. Universitario M. de Valdecilla. Universidad de Cantabria.*

**Objetivo.** La alergia/intolerancia a proteínas de leche de vaca (A/IPLV) puede presentarse con distintas manifestaciones clínicas habitualmente relacionadas con el mecanismo patogénico. El tratamiento consiste en la eliminación de las proteínas de leche de vaca (PLV) en la dieta del lactante y la administración de fórmulas sustitutivas. El objetivo de este estudio es reflejar las formas de manifestación más frecuentes en nues-

tros pacientes y su evolución con la utilización de distintos tipos de fórmula.

**Pacientes y métodos.** En pacientes con sospecha de A/IPLV se registran una serie de variables: antecedentes familiares de alergia, tipo de parto, administración de biberón "pirata" en periodo neonatal, manifestaciones clínicas, determinación de IgE específica a PLV, fórmula de sustitución utilizada y resultados de prueba de provocación con LV. Los pacientes se dividen en dos grupos según el mecanismo inmunológico: IgE+ (81 pacientes) e IgE- (39 pacientes) comentando sus diferencias. Se presentan los datos de 120 pacientes estudiados de enero de 1995 a enero de 2002.

**Resultados.** Pacientes: 120 (50,8% varones y 49,16% mujeres). La lactancia materna exclusiva fue de 82,25 días. La edad media al diagnóstico fue de 3 meses. La manifestación inicial más frecuente fue la urticaria (63,3%), seguida de vómitos (42,5%), rechazo del biberón (28,33%), angioedema (25%) y síndrome perioral (20%). Al comparar ambos grupos se observa que la urticaria y el angioedema son mucho más frecuentes en pacientes con alergia mediada por IgE (76,5% frente a 48,7% y 31% frente a 12,8%, respectivamente). La rectorragia se presentó como manifestación aislada en 3 pacientes IgE-. Los síntomas respiratorios sólo se presentaron en 2 lactantes IgE+. Ninguno debutó como shock anafiláctico. Como fórmula de sustitución se utilizó en 52,5% una de alto grado de hidrólisis (FAGH), en 12,5% una dieta semielemental (DSE) y en 31,66% se usaron diversos tipos de fórmulas. La edad media de tolerancia a la LV fue de 13 meses en los IgE- y de 20,6 meses en los IgE+. Utilizando una FAGH como única fórmula de sustitución, la edad media de tolerancia fue de 11,7 meses (grupo IgE-) y de 20,7 meses (grupo IgE+).

**Conclusiones.** La urticaria y el angioedema son manifestaciones mucho más frecuentes en pacientes con alergia mediada por IgE. La rectorragia puede representar la única manifestación de intolerancia a proteínas de leche de vaca. La edad de tolerancia a la leche de vaca es más precoz en los pacientes con intolerancia que con alergia. La utilización exclusiva de fórmulas con alto grado de hidrólisis (con lactosa y sin MCT) no retrasa la edad media de tolerancia y presenta ventajas nutricionales, además de económicas, para el tratamiento nutricional de pacientes con esta patología.

## SÁBADO 24 DE MAYO - 15.30 H - SALA B

**INFLUENCIA DE LA ETNIA EN EL INGRESO DEL LACTANTE. ESTUDIO COMPARATIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AÑOS 1989-2002 I. Díez López\*, A. Almaraz\*\*, J. Ardura Fernandez\*. \*Servicio de Pediatría. \*\*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Valladolid.**

**Introducción:** Se cree empíricamente que existe una mayor resistencia de algunos grupos étnicos a enfermar. En nuestro estudio preliminar se objetivó, a lo largo de un periodo de un año, la existencia de significativas entre el grupo de etnia gitana y la no gitana respecto al tipo de patología más prevalente. En este estudio, se analizan los resultados en un periodo de 14 años, incluyendo variables no registradas en el trabajo previo.

**Objetivo:** Analizar las diferencias en el ingreso hospitalario del lactante, en función de su etnia

**Material y métodos:** A lo largo del periodo enero de 1989 y diciembre de 2002 se registraron 4.914 ingresos de niños con edad comprendida entre 1 y 24 meses. Utilizando la variable grupo étnico, 4159 casos fueron denominados como "etnia no gitana" (84,63%) y 755 casos como "etnia gitana" (15,37%). Se registraron las variables etnia, edad, sexo tiempo de hospitalización, reingreso y mortalidad. Se tuvo en cuenta la información demográfica del Instituto nacional de Estadística, Padrón Municipal y de la Asociación Promoción Gitana de Valladolid. Se llevo a cabo un estudio estadístico descriptivo, multivariante, utilizando los test estadísticos para cálculo de proporciones de dos o más grupos independientes, con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** El grupo "etnia gitana" representa el 3,23% de la población lactante, mientras que acapara el 15,37% de los ingresos hospitalarios. La distribución del sexo no presenta diferencias significativas. Las variables edad y tiempo de hospitalización no presentaron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ). La prevalencia de reingreso fue mas alta en la "etnia gitana" (41,85%) que en la "etnia no gitana" (22,64%) ( $p = 0,01$ ). Esta diferencia se mantiene en la edad de reingreso (14 meses frente 6 meses) ( $p < 0,05$ ) y se invierte en la estancia media (4 días en el grupo "etnia gitana" frente a 7 días) ( $p < 0,05$ ). También existen diferencias en la tasa de mortalidad (1,3 por mil ingresos en el grupo "etnia gitana" frente 4 por mil ingresos en el grupo "etnia no gitana") ( $p < 0,0001$ )

**Comentarios y conclusiones:** Las frecuencias absolutas de ingreso entre la población general y la etnia gitana son significativamente distintas. Del mismo modo, observamos una amplia diferencia en la tasa de reingresos en la "etnia gitana", siendo esta probación de mayor edad y con menor estancia hospitalaria. Sin embargo, la tasa de mortalidad en el grupo "etnia no gitano" es mayor.

Todo ello pudiera estar relacionado con una mayor frecuentación de los servicios hospitalarios por parte del grupo "etnia gitana", lo cual condicionaría un incremento de la hospitalización, siendo en muchas ocasiones procesos morbosos de tipología distinta, tal y como quedo demostrado en el estudio preliminar, y de menor gravedad clínica que los que suelen presentar el grupo de lactantes de "etnia no gitana".

**EL SÍNDROME DE LAS BRIDAS AMNIÓTICAS.** *C. Lorenzo Legerén, S. Rey García, C. Rodríguez Rodríguez, G. Nóvoa Gómez, C. García Cendón, P. Belmonte Pombo, F. Martínón Sánchez. Complejo Hospitalario de Ourense.*

**Introducción y justificación:** El síndrome de las bridas amnióticas es un cuadro malformativo de etiología desconocida, patogenia no dilucidada, frecuencia variable y clínica no bien delimitada. Con el objeto de fijar sus características clínicas, comunicamos nuestra casuística.

**Material y métodos:** El estudio tuvo carácter retrospectivo. Veinticuatro recién nacidos con síndrome congénito de constricción de bandas integran la población objeto de estudio.

En todos los casos se hizo un registro cuidadoso de las anomalías clínicas recogidas en las historias, de las fotografías y de las radiografías de las áreas afectadas.

**Resultados:** El total de las extremidades afectadas fue de 57, con un promedio de tres extremidades en cada caso. En las extremidades superiores, la mano era la más frecuentemente afectada, con un total de 46 lesiones (86,7%), seguida del brazo (7,5%) y del antebrazo (5,6%). De las lesiones de la mano, 19 eran amputaciones, 18 constricciones de bridas y 9 acrosindactilias. El dedo más afectado fue el índice, seguido del medio y el anular. En las extremidades inferiores, el mayor número de lesiones correspondió al pie (80%), seguido de la pierna (12,5%) y el muslo (7,5%). La asociación más frecuente fue constricción de bandas y amputación. Cinco niños presentaban pie zambo, y en tres de ellos existía parálisis por compresión neuropática. Un paciente con amputación de dedos en ambas manos, tenía huellas de constricción en la cara.

**Conclusiones:** El promedio de tres extremidades afectadas, el predominio distal de las lesiones, la mayor afectación de la mano, con mayores lesiones en los dedos centrales, confirma lo

descrito en otras series. El mayor número de constricciones de bandas evidencia que las otras lesiones son secundarias: la amputación como consecuencia de la constricción y la sindactilia por el proceso de curación.

**DIFERENCIAS EN LA ESTACIONALIDAD DE NACIMIENTOS ENTRE GALICIA, ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA-LEÓN (1941 - 2000).** *R. Cancho Candela, J.Mª Andrés de Llano, J. Ardura Fernández. Unidad de Cronobiología. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Valladolid.*

**Objetivos:** analizar la estacionalidad en los nacimientos durante el periodo 1941 - 2000 en Galicia, Asturias, Cantabria y Castilla-León y los posibles cambios históricos en los patrones rítmicos.

**Métodos:** 1) Base de datos de nacimientos por mes y provincia desde 1941 (2.430.619 nacidos en Galicia, 857.240 en Asturias, 445.663 en Cantabria y 2.647.266 en Castilla-León). 2) Análisis clásico de series temporales (normalización; promedios móviles de 12 meses), con ajuste a función coseno de dos armónicos.

**Resultados:** 1) Las cuatro CCAA presentan ritmos circanual y semestral significativos, siendo éste último más intenso en Galicia. 2) Figura 1: datos globales de estacionalidad. 3) Análisis por décadas: patrón similar en las cuatro CCAA en los 40 y 50 (máximos de nacimientos al inicio de la primavera). Galicia: desde 1961, aumento de nacimientos en Septiembre y Octubre; en las otras 3 CCAA, máximos primaverales que se desplazan hacia el inicio del verano.

**Conclusiones:** Asturias, Cantabria y Castilla-León presentan máximos de nacimientos primaverales (concepciones veraniegas). Galicia ha cambiado ese patrón hacia otro de máximos de nacimientos otoñales (concepciones invernales).



**DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.** *S.M. Parrondo Garrido, M.A. Martín Mardomingo, M.C. Cuadrillero Quesada, G. Solís Sánchez, B. García Normiella, B. Amil Pérez.* Servicio de Pediatría, Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de ingresos durante el periodo neonatal por deshidratación hipernatrémica y lactancia materna exclusiva en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los niños menores de 30 días de vida desde el 1/1/99 a 31/12/02, ingresados en nuestra Unidad Neonatal, por pérdida de peso mayor del 10% desde el nacimiento y dieta con lactancia materna exclusiva.

**Resultados:** De los 7596 recién nacidos vivos en nuestro Hospital durante los 4 años estudiados, 279 (3,7%) ingresaron desde su domicilio en nuestra Unidad Neonatal. De ellos, 13 lo hicieron por excesiva pérdida de peso y lactancia materna exclusiva. 6 niños (0,08% de los recién nacidos vivos) con más del 10% de pérdida y más de 10 días de vida. Sólo 1 de los niños presentó deshidratación hipernatrémica importante, a los 10 días de vida, con 28% de pérdida de peso y una natremia de 162 mEq/l.

**Conclusión:** La deshidratación hipernatrémica secundaria a lactancia materna exclusiva es un cuadro clínico poco frecuente (0,08%). El incremento de la lactancia materna en los últimos años en nuestra sociedad, debe hacernos vigilar esta rara posibilidad, ayudando a las madres a conseguir una lactancia materna exitosa.

**CANALIZACIÓN DE VASOS UMBILICALES, UNA TÉCNICA DIFERENTE.** *C. Sousa Rouco, M. García García, A. Concheiro Guisán, S. Ocampo Cardalda, J. Antelo Cortizas.* Servicio Pediatría. C.H.U. Xeral-Cies. Vigo, Pontevedra.

Nosotros canalizamos ambos vasos umbilicales (arteria y vena) sin seccionar completamente el cordón umbilical.

A través de una pequeña incisión transversal en la parte amniótica del cordón llegamos hasta el vaso umbilical, seccionándolo parcialmente e introducimos el catéter fácilmente, sin necesidad de dilatación previa. Nuestra técnica es de fácil realización y más rápida que la técnica clásica.

Presentamos vídeo y fotografías de la técnica.