

Posters Moderados

1. RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A SUCCINILCOLINA. Jiménez Saucedo MP, Jiménez Martín AM, González Martín L, Rupérez Peña S, Benito Pastor H, Rubio Rodríguez F, Marrero Calvo MF, Martín Sanz AJ. *Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila. Complejo Asistencial de Ávila.*

Introducción: La succinilcolina en niños se emplea en procesos que requieren una relajación muscular intensa de corta duración en determinadas intervenciones quirúrgicas, manipulaciones ortopédicas e intubación endotraqueal. Sus efectos adversos más importantes son arritmias, bradicardia, hipotensión, aumento de la presión intraocular, intragástrica e intracraneal, hiperpotasemia. Una complicación rara es la rabdomiólisis en niños previamente sanos.

Resumen del caso: Recibimos interconsulta del servicio de Oftalmología por coluria en niño de 12 años a las 3 horas de ser intervenido de estrabismo. Anestesiado con sevorane, pentotal y succinilcolina. Sin otros síntomas acompañantes. Como antecedentes personales destaca otra intervención a los 5 años de edad por dedo en resorte y administración de toxina botulínica a los 4 años en 3 ocasiones, sin problemas anestésicos. Se realiza tira de orina reactiva donde presenta sangre positiva. Se centrifuga la orina sin obtener sedimentación de hematíes, lo que sugiere mioglobinuria o hemoglobinuria como causa de la coluria. No datos de hemólisis analíticos ni en el frotis de sangre periférica.

Estudio de hematuria (TA, hemograma bioquímica, gasometría, proteínas totales, albúmina, Ca,P e iones en sangre y orina, PCR, complemento, ASLO, orina de primera micción, sedimento de orina de primera micción y eco renal) sin hallazgos patológicos, salvo CK y mioglobina en sangre muy elevadas. Se pauta fluidoterapia intravenosa. A las 14 horas postanes-

tesia la orina es clara con tira reactiva normal y sin datos de insuficiencia renal.

Conclusiones:

- Ante la aparición de coluria en un postoperatorio se ha de sospechar rabdomiólisis aguda con el fin de establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento con fluidoterapia intravenosa para prevenir la insuficiencia renal como complicación más frecuente de la rabdomiólisis.
- La rabdomiólisis es un efecto adverso raro en niños previamente sanos a los que se administra succinilcolina, siendo más frecuente en pacientes con alguna miopatía inflamatoria, distrofia muscular y miopatías metabólicas.
- La succinilcolina debe evitarse en pacientes con historia previa de rabdomiólisis y en aquellos con daño muscular.

2. VENTRICULITIS POR CANDIDA EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL. González Escartín, Cagigas Daza P, Planelles Asensio I, Vázquez Canal R, Garde Basas J, Otero Vaccarello O, Palacios Sánchez M, Naranjo González C. *Unidad de Hospitalización Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

Introducción: Las derivaciones ventriculares son parte importante del tratamiento de la hipertensión intracraneal (HTIC) en pacientes con tumores cerebrales. Entre las complicaciones asociadas se encuentra la infección que conlleva una alta mortalidad y tratamiento prolongado.

Caso clínico: *Motivo de ingreso:* Lactante de 9 meses que presenta desde los 5 meses de vida regresión de las habilidades motoras y macrocefalia.

© 2014 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
 Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Antecedentes personales: Embarazo controlado. RNAT (40+6). PAEG (3.400 gramos). Periodo neonatal normal. Desarrollo psicomotor normal hasta los 4 meses.

Exploración física al ingreso: No sonrisa social, no defensa visual, mirada en sol poniente, ROT exaltados, clonus. Macrocefalia y plagiocefalia. No sostén cefálico. No sedestación.

Estudios complementarios: Destacan ecografía y RMN cerebrales que muestran masa tumoral sólido quística de 52x52x52 mm localizada en región de quiasma/hipotálamo con hidrocefalia obstructiva.

Evolución: Se realiza derivación ventriculoperitoneal (DVP) urgente ante la clínica de HTIC manteniéndose 10 días colocándose en lesiones quísticas derivación externa (DVE). Realiza pico febril tratado inicialmente con vancomicina y cefepime y posteriormente con urocultivo positivo para *E. coli* con cefuroxima. A los 35 días de ingreso se procede a resección tumoral parcial. Diagnóstico anatomopatológico de astrocitoma difuso grado II. El paciente fue dado de alta tras 52 días de ingreso pero a los 8 días acude a urgencias con clínica compatible con infección de DVP. Se retira DVP, colocándose DVE y se administra antibioterapia endovenosa e intratecal. En LCR y catéter de derivación crece *Candida albicans* por lo que se inicia tratamiento antifúngico: de forma secuencial con anfotericina B, fluconazol y caspofungina endovenosa que se mantiene 6 semanas. También crecen en LCR cocos gram positivos y bacilos gram negativos añadiéndose antibioterapia al tratamiento antifúngico. Preciso ingreso en UCI durante 17 días, pudiéndose colocar DVP definitiva y ser dado de alta a los 54 días del segundo ingreso.

Conclusiones: Ante síndrome febril y sintomatología neurológica en paciente con derivación ventricular hay que considerar como posibilidad diagnóstica la infección del dispositivo ventricular. Entre los microorganismos responsables además de las bacterias pueden encontrarse los hongos y, debido a la alta mortalidad de ventriculitis por *Candida* ante infección fúngica de catéter, debemos optar por tratamiento agresivo.

3. HIPOCALIEMIA ASINTOMÁTICA. Mozún Torrico R, Puente Montes S, Crespo Valderrábano L, Velasco Zúñiga R, Martín Armentia S, Domínguez Uribe-Etxebarria M, Fernández Arribas JL, Centeno Malfaz F. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción: El diagnóstico diferencial de la hipopotasemia es muy amplio. Los datos clínicos y analíticos nos ofrecerán la clave para el diagnóstico en la mayoría de casos.

Resumen del caso: Niña de 9 años de etnia gitana derivada desde Urgencias Pediátricas por hipopotasemia hallada en contexto de síndrome febril de 5 días de evolución. Analíticamente

llama la atención la presencia de hipomagnesemia, hipopotasemia y alcalosis metabólica. Antecedentes personales sin interés, como antecedentes familiares destaca que su padre tiene las mismas alteraciones hidroelectrolíticas. No hay clínica de tetania ni retraso ponderoestatural. Se amplía estudio en consulta externa de Nefrología infantil con analítica y orina de 24 horas. Se confirman las alteraciones hidroelectrolíticas previas junto con cifra de renina y aldosterona elevadas. En orina se objetiva una pérdida de la capacidad de conservación renal del potasio e hipocalciuria. Ante la sospecha de síndrome de Gitelman se inicia tratamiento dietético y con suplementos de potasio y magnesio. Recientemente requirió adición de espironolactona tras cuadro de faringoamigdalitis que asoció hipopotasemia grave con aplanamiento de ondas T en electrocardiograma. Se solicitó estudio genético de síndrome de Gitelman que confirma mutación homocigótica en el gen *SLC12A3* responsable de este fenotipo.

Comentarios: La enfermedad de Gitelman o hipocaliemia hipomagnesémica familiar es una tubulopatía autosómica recesiva. Suele cursar de forma asintomática incluso en edad adulta. Pueden presentar episodios de tetania, astenia, debilidad muscular o parestesias especialmente durante descompensaciones, sin poliuria ni retraso en el crecimiento y con tensión arterial normal. Su etiología radica en la mutación del gen que codifica la síntesis del cotransportador Cl-Na del túbulo contorneado distal sensible a tiazidas. El diagnóstico se sospecha ante hipocaliemia con pérdidas aumentadas de cloro y potasio en orina, alcalosis metabólica y normotensión y se confirma con estudio genético. Debemos establecer diagnóstico diferencial con el síndrome de Bartter tipo 3, el uso de diuréticos y con nefrotoxicidad renal inducida por fármacos. El pronóstico se considera favorable, debiéndose individualizar el riesgo de arritmias. El tratamiento incluye recomendaciones dietéticas, y suplementación con potasio y magnesio, siendo preciso frecuentemente escalar en las dosis y asociar diuréticos ahorradores de potasio. Es importante conocer las características del síndrome de Gitelman para su correcto manejo durante las crisis hipopotasémicas.

4. ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA AL TRATAMIENTO HABITUAL Y EVOLUCIÓN FAVORABLE TRAS TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB. Rubio Rodríguez F, Martín Sanz AJ, Marrero Calvo MF, Rupérez Peña S, Jiménez Saucedo MP, Jiménez Martín AM, González Martín L, Benito Pastor H. *Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila.*

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica que afecta predominantemente a niños menores de

5 años y cuya etiopatogenia es desconocida. El diagnóstico se establece en base al cumplimiento de criterios clínicos (Kawasaki completo) o clínicos y analíticos (Kawasaki incompleto). El tratamiento clásico de primera línea en la enfermedad de Kawasaki incluye ácido acetil-salicílico y gammaglobulinas intravenosas.

Resumen del caso: Niño de 4 años y 10 meses que ingresa por cuadro clínico compatible con enfermedad de Kawasaki. Presentaba fiebre desde hacía 10 días y desde el séptimo día exantema máculo papuloso (de inicio en tronco que se generalizó sin afectar a palmas ni plantas) junto con hiperemia conjuntival bulbar bilateral sin secreción. Le notaban irritabilidad muy acentuada sin otros síntomas. En la exploración física se observó lengua aframbuesada y labios figurados sin adenopatías ni afectación inicial de extremidades.

En análisis se objetivaron PCR de 8 mg/dl, anemia de 9,5 g/dl, leucocitosis de 17.500/mm³ y albúmina 2,7 g/dl. No elevación de GPT ni leucocituria. Cifra de plaquetas inicialmente normal.

Al cumplir criterios diagnósticos de Kawasaki incompleto se inició tratamiento con gammaglobulinas inespecíficas intravenosas (2 g/kg) y ácido acetil salicílico (80 mg/kg/día). Persiste fiebre el día 13 de inicio del cuadro y se administra 2^a dosis de inmunoglobulina (2 g/kg) y continuando la fiebre el día 16, se asocia al tratamiento tres bolos de metil-prednisolona intravenosas (30 mg/kg) administrándose en tres días consecutivos. El día 17 se aprecia descamación de dedos de las manos y trombocitosis. El día 18 ante la ausencia de respuesta se decide administrar una dosis de infliximab (anticuerpo monoclonal inhibidor del TNF alfa) a dosis de 5 mg/kg intravenoso. Evolución clínica favorable posterior con cese de la fiebre y normalización progresiva de los parámetros analíticos. Ecocardiograma con diámetro de la arteria coronaria derecha en el límite alto de la normalidad pero sin aneurismas coronarios. No se objetivaron otras complicaciones.

Conclusiones: Un 10-15% de los pacientes con enfermedad de Kawasaki tratados con gammaglobulinas intravenosas y ácido acetil-salicílico son refractarios a este tratamiento farmacológico de primera línea.

Dentro de los tratamientos de segunda línea se incluyen entre otros bolos de metil-prednisolona e infliximab intravenosos. Estos pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones fundamentalmente a nivel cardiovascular siendo los aneurismas coronarios la complicación más frecuente.

5. ECTASIA CONGÉNITA CORONARIA BILATERAL: A PROPOSITO DE UN CASO. Marrero Calvo MF, Jiménez Martín A, González Martín L, Rupérez Peña S, Benito Pastor H, Martín Sanz AJ, Rubio Rodríguez F, Jiménez Saucedo MP. *Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila.*

Introducción: Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino de 36 s de EG, en el que se detecta ectasia congénita de ambas coronarias al realizar ecocardiografía por soplo cardíaco.

Resumen: Recién nacido varón, procedente de embarazo que cursó sin incidencias. Madre diagnosticada de diabetes gestacional a las 29 s, controlada con tratamiento sin precisar insulina. Serología connatal negativa, inmune rubeola. No infecciones activas durante el embarazo ni ingesta farmacológica. Parto por cesárea a las 36+3 s de EG por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Test de Apgar 9/10, con reanimación tipo I y pH de cordón: 7,20. Somatometría al nacimiento: peso: 2,34 kg (p15), talla: 47 cm (p33) y pc: 32,5 cm (p38).

A las 24 horas de vida, se detecta soplo sistólico I/VI en BEL, realizándose ecocardiografía, donde se aprecia ectasia bilateral de ambas coronarias: coronaria derecha 18 mm, Z score: +3, y coronaria izquierda 20 mm, Z score +3,2. El resto de la ecocardiografía es normal. Se realizan enzimas miocárdicas (normales) y EKG: normal para la edad del paciente. Se realizan exploraciones complementarias para filiar etiología y controles ecocardiográficos, confirmándose normalización de la exploración a las 4 semanas de vida.

Conclusiones: La ectasia congénita de coronarias es un hallazgo inusual, de una frecuencia no establecida en el neonato. Cuando se detecta, se ha asociado a asfixia, hipoxia crónica, sepsis, fístulas coronarias, enfermedad de Kawasaki neonatal y otras anomalías congénitas de las coronarias, siendo su evolución la resolución espontánea con el paso de las semanas.

6. NIÑA DE 19 MESES CON ESTREÑIMIENTO Y DIFICULTAD PARA LA MARCHA. ¹Magdalena Ciocea A, ²Ciocea V, ³García Jiménez E. ¹R3 MFyC. ²R3 MFyC. ³Pediatra CS Ávila Sur-Oeste.

Introducción: Los tumores de seno endodérmico son una neoplasia maligna de células germinales no seminomatosas. Descritos en el año 1959 por Teilum, han experimentado una notable mejoría en su pronóstico, atribuida a la introducción de quimioterapia con cisplatino, cuyo principal efecto secundario es la hipoacusia.

Resumen del caso: Presentamos el caso clínico de una niña de 19 meses de edad que consulta por una lesión vascular de crecimiento muy rápido (15 días) en región lumbosacra, con dilataciones vasculares a nivel genital y perianal, acompañándose de estreñimiento y dificultad para la marcha. Resto de exploración física normal.

En ecografía lumbosacra: tumoración de partes blandas con prolongación hacia al canal del sacro.

Se deriva a Cirugía Pediátrica donde el estudio analítico revela AFP de 200 mil. Con pruebas de imagen (TC y RMN) se

diagnostica de tumor de seno endodérmico sacrocoxígeo con metástasis pulmonares. Se inicia tratamiento con ciclos de QT (carboplatino, etoposido, bleomicina) normalizándose la AFP y disminuyendo el tamaño tumoral, persistiendo masa residual en pared del recto y el glúteo.

Con 24 meses de edad se realiza resección del cóccix y del tejido tumoral.

La RMN posterior, revela masa pélvica en región presacra con infiltración muscular, contactando con recto, sacro y paquete vascular ilíaco.

En los 4 meses siguientes presenta un aumento de AFP. En PET TAC: masa pararectal que capta sin evidencia de extensión a distancia.

Por recaída local ingresa para 2 ciclos de QT (cisplatino, etoposido, efosfamida) y radioterapia.

A los 36 meses se realiza una segunda intervención con extirpación del tumor y radioterapia intraoperatoria, recibiendo posteriormente QT y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

En la actualidad, con 4 años y medio, está clínicamente estable, siguiendo controles en Oncohematología.

Presenta hipoacusia NS moderada y tubulopatía renal como efectos secundarios del tratamiento recibido.

Conclusiones: Los TSE extragonadales se presentan típicamente en lugares de la línea media, variando los sitios específicos con la edad. En lactantes y niños pequeños, la localización sacrocoxígea es la más común (1 de cada 27.000). Afectan al sexo femenino con una relación 4:1. A partir de los 6 meses el riesgo de malignidad es mayor. La sospecha clínica se establece por la presencia de masa abdominal o glútea, obstrucción urinaria y/o obstrucción intestinal. A pesar de un control exitoso del tumor en la mayoría de los pacientes, las secuelas funcionales son comunes y afectan la calidad de vida. La supervivencia general es del 80% a los 5 años.

7. ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO EN UN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO. Jiménez Martín AM¹, Rupérez Peña S¹, Martín Sanz AJ¹, Marrero Calvo MF¹, Jiménez Saucedo MP¹, Rubio Rodríguez F¹, Maillo del Castillo Mendoza JM¹, Coca Robinot D², García Lara². ¹Servicio de Pediatría del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila. ²Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La estenosis hipertrófica de píloro ocurre habitualmente entre las 3 y 6 semanas de edad; hay publicados casos en recién nacidos a término y prematuros pero su presentación a esta edad es muy rara y asociado, a veces, al uso de macrólidos en el recién nacido o en la madre durante el embarazo o la lactancia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un recién nacido prematuro de 33+5 semanas que ingresa en nuestra Unidad Neonatal por prematuridad. El embarazo fue controlado, con serologías connotales normales y ecografías gestacionales sin polihidramnios ni malformaciones evidentes. Preeclampsia materna tratada con alfametildopa y magnesio con mal control tensional, por lo que se decide maduración fetal y realizar cesárea a las 33+5 semanas. Nace varón de 2.279 g que precisa reanimación tipo III (Apgar 7/9) con buena respuesta. Durante las primeras horas de vida recibe oxigenoterapia en incubadora (FiO₂ máxima 25%) por mínimo distrés respiratorio que cede espontáneamente. Al ingreso se canaliza vía periférica y se inicia fluidoterapia endovenosa, así mismo recibe alimentación enteral con fórmula adaptada para prematuros en las primeras horas de vida con aceptable tolerancia inicial. A partir de las 24 horas de vida presenta regurgitaciones frecuentes y distensión abdominal sin signos clínicos ni analíticos de enterocolitis y con tránsito intestinal. Se mantiene a dieta durante 24 horas mejorando la distensión y se reinicia la alimentación al tercer día presentado de nuevo a las 24 horas regurgitaciones frecuentes, distensión abdominal y palpación de ocupación en zona gástrica. Se realiza radiografía de abdomen objetivando distensión importante de cámara gástrica con escaso aire distal, por lo que ante la sospecha de obstrucción intestinal proximal, al cuarto día de vida, se deriva al Servicio de Cirugía Infantil de referencia. Se realiza ecografía abdominal observando un marcado engrosamiento de la pared muscular antropilórica sugerentes de obstrucción intestinal a nivel gástrico en probable relación con estenosis hipertrófica o membrana pilórica. Se mantiene actitud expectante con dieta absoluta y nutrición parenteral. Se repite a los 3 días la ecografía con los mismos hallazgos, por lo que se decide laparotomía exploradora en la que se confirma el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro; se realiza resección de la musculatura sin incidencias. La evolución es favorable y se inicia alimentación con leche materna al quinto día postoperatorio con excelente tolerancia y ganancia ponderal adecuada.

Conclusión: Ante un recién nacido pretérmino con regurgitaciones y/o vómitos y distensión abdominal, aunque sea una patología infrecuente a esta edad, es importante tener en cuenta la estenosis hipertrófica de píloro en el diagnóstico diferencial para evitar demoras en el diagnóstico y tratamiento.

8. PANCREATITIS AGUDA EN LA INFANCIA. Fernández Martínez B, Fernández Menéndez JM, González García J, García González V, García Díaz MF, Moreno Pavón B, Rodríguez García M, Serrano Acebes P. *Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes, Gijón.*

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) se considera una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Algunas publi-

caciones recientes señalan un incremento de su incidencia. Presentamos 4 pacientes ingresados por PA en el Hospital de Cabueñes, en el transcurso de 2 años.

Resumen de los casos:

Caso 1: Niña de 2 años con dolor abdominal, palidez y posturación de una hora de evolución. EF: palidez cutánea y defensa abdominal a la palpación. Ecografía abdominal: imagen compatible con invaginación intestinal a nivel de intestino delgado próximo a ileon terminal, que desaparece durante la prueba, cediendo el dolor. Analítica: amilasa: 2006 U/L; lipasa: 28.543 U/L. Ingreso, instaurándose dieta absoluta y sueroterapia i.v., no precisando analgesia. Evolución favorable; alta al tercer día.

Caso 2: Niña de 13 años que acude por traumatismo abdominal con manillar de una bicicleta. Desde entonces refiere dolor abdominal intenso y vómitos iterativos. EF: abdomen doloroso a la palpación superficial, sin signos de peritonismo. Analítica: amilasa: 271 U/L; lipasa: 856 U/L. Control a las 24 horas: 426 U/L y 3.512 U/L, respectivamente. Ecografía abdominal: no alteraciones a nivel pancreático. Se estableció reposo digestivo, hidratación y analgesia con meperidina i.v. durante las primeras 48 horas. Al tercer día se inicia tolerancia oral, siendo efectiva. Alta el sexto día.

Caso 3: Niño de 11 años que presenta vómitos y dolor abdominal periumbilical continuo de 5 días de evolución. Ingresó con líquidos y analgesia i.v. El tercer día se aprecia un aumento de las enzimas pancreáticas (amilasa: 195 U/L; lipasa: 952 U/L), instaurándose dieta absoluta. Ecografía abdominal: normal. Al alta, trece días después, excelente estado general y adecuada tolerancia oral.

Caso 4: Niña de 12 años con dolor abdominal en hipocondrio derecho y diarrea de 24 horas de evolución. Analítica: lipasa: 35.200 U/L, amilasa: 2.497 U/L, ALT: 256 U/L, AST: 54 U/L, GGT: 648 U/L. Ecografía abdominal: vesícula distendida con anomalías en su pared y un páncreas discretamente agrandado. RM: adenomiosomatosis vesicular difusa y coledocolitiasis distal con repercusión proximal de la vía intrahepática. Se realiza extracción del cálculo mediante CPRE en el hospital de referencia.

Conclusiones/comentarios: Aunque la PA presenta una baja prevalencia en la infancia, es importante tenerla en cuenta, en el diagnóstico diferencial, ante un niño que presenta dolor abdominal.

9. ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO DE LOS HIJOS DE MADRES INFECTADAS POR VIH. Alegría Echaurren I¹, Álvarez Álvarez C¹, Alegría Echaurren

E¹, De las Cuevas Terán M², Gortázar Arias P², Gutiérrez Pascual D², Arriola Rodríguez-Cabello S², Pérez Santos AB². ¹Servicio de Pediatría. ²Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La transmisión vertical de la infección por VIH alcanza actualmente unas tasas inferiores al 1-2%. Las medidas profilácticas establecidas minimizan el riesgo de infección fetal. En los últimos años, se han modificado algunas de las recomendaciones para reducir el riesgo de transmisión materno-fetal de esta infección apareciendo nuevos protocolos hospitalarios. El objetivo de este estudio es revisar la evolución en el enfoque diagnóstico y terapéutico de los hijos de madre VIH en los últimos 10 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes codificados como hijos de madre VIH en el archivo del HUMV desde el uno de enero del 2004 al uno de enero del 2014. Se establecieron dos periodos de estudio de cinco años cada uno.

Resultados: Periodo del uno de enero del 2004 a enero del 2009: se identificaron 13 pacientes: 9 niños y 4 niñas. Todas las gestaciones fueron a término. La Carga viral (CV) en tercer trimestre fue indetectable en 6 gestantes, >1.000 copias en 2, desconocida en 2. Coinfecciones maternas: 4 VHC, 1 VHB, 1 infección por CMV y 1 tuberculosis. Se realizó cesárea electiva y se administró ZDV intravenosa en todas las pacientes. En todos los recién nacidos se realizó profilaxis con ZDV durante seis semanas. No se detectó ningún paciente infectado por VIH pero se perdió el seguimiento en 2 pacientes.

Periodo del uno de enero del 2009 al 2014: se revisaron 12 pacientes: 7 niños y 5 niñas. Parto pretérmino en tres gestaciones. La CV en tercer trimestre fue indetectable en 6 (50%), >1.000 copias en 2. Dos coinfecciones maternas por VHC. Parto eutócico en el 50%, cesárea programada por VIH en tres casos. ZDV intravenosa en todas las gestantes menos una. ZDV 4-6 semanas en nueve, dos triple terapia y uno biterapia. Ningún RN infectado por VIH ni VHC.

Conclusiones: El número de nacimientos de niños hijos madre VIH se mantuvo constante en los últimos 10 años. Se objetivó un aumento de partos pretérmino en estas gestantes en los últimos cinco años. Se produjo una disminución en el número de cesáreas por esta indicación tras actualización del protocolo. En los últimos años han disminuido las gestantes VIH coinfectadas por otros virus. Tendencia a disminuir la duración del tratamiento con ZDV y administración de triple terapia si factores de riesgo. Ningún recién nacido se infectó en los últimos diez años, aunque se perdió el seguimiento en dos.