

Comunicaciones orales

VIERNES 2 DE NOVIEMBRE, SALA 1

Moderadores: Blanca Herrero, Andrés Concha

1. ¿ES ÚTIL LA RADIOGRAFÍA ABDOMINAL SIMPLE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA?

Cebrián Muñíos C, Gómez Farpón Á, Granell Suárez C.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos. La radiografía simple de abdomen es una prueba de imagen frecuentemente incluida entre los exámenes complementarios que se solicitan ante un niño con abdomen agudo y sospecha de apendicitis. El objetivo del estudio es estudiar la frecuencia de realización de radiografías abdominales en pacientes pediátricos con apendicitis y cuál es la sensibilidad de la prueba para el diagnóstico de esta enfermedad.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre todos los niños intervenidos en nuestro centro durante el año 2004 con carácter urgente por sospecha de apendicitis aguda y en los que este diagnóstico se confirmó mediante el análisis anatómico-patológico. La muestra está integrada por 116 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 13 años. Se recogieron datos sobre la anamnesis y la exploración física, así como los hallazgos encontrados en la radiografía simple de abdomen, clasificándolos en: a) presencia de apendicolito en FID, b) borramiento de la línea del psoas, c) dilatación moderada de asas de delgado y d) normalidad o signos inespecíficos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS 10.0.

Resultados. Se realizó radiografía simple de abdomen en 83 pacientes (72,2%), y ésta fue normal o con hallazgos

inespecíficos en 77 casos (92,7% de los sometidos a esta exploración). Se encontró un apendicolito en 3 casos (3,6%), borramiento de la línea del psoas en 1 (0,9%) y dilatación de asas de delgado en 2 (2,4%). Si consideramos como hallazgos característicos y diagnósticos de apendicitis el apendicolito (fecalito radio-opaco en FID) y el borramiento de la línea del psoas, por ser hallazgos que en un contexto clínico concordante determinan el tratamiento quirúrgico, la sensibilidad de esta prueba queda limitada a un 4,5%. Al comparar la frecuencia de realización de radiología simple de abdomen entre los pacientes que tenían clínica digestiva, ya que puede solicitarse para descartar patología obstructiva en la que cabría pensar ante el predominio de los vómitos, vemos que no hay diferencia entre la frecuencia de solicitud de radiografía abdominal entre los que la presentan (se les realizó a 69 pacientes, 73,4%) y los que no la tienen (se hizo en 14 pacientes, 73,7%).

Conclusiones:

1. La radiografía simple de abdomen puede solicitarse ante un abdomen agudo cuando se sospeche un problema obstructivo, y los datos de este estudio no muestran que este haya sido el criterio de solicitud.
2. No es una prueba inocua y presenta una sensibilidad muy pobre en nuestra serie para el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que no debe solicitarse rutinariamente en un niño con esta sospecha diagnóstica.

2. ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS DE UNAS ADENOPATÍAS? **Álvarez Caro F, García González M, Miñones Suárez L, Tricas Aizpun ML*, Bousoño García C, Ramos Polo E.** Departamento de Pediatría, Servicio de Inmunología*, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción. Las adenopatías son un hallazgo muy común en pediatría, y uno de los motivos más frecuentes de consulta. Generalmente son secundarias a procesos benignos, si bien otras ocasiones responden a etiologías de mayor gravedad. Se presenta el caso de un niño con adenopatías progresivas y deformantes de evolución tórpida e incierta.

Caso clínico. Niño de 6 años, que comienza a los 18 meses con adenopatías de predominio laterocervical, y posterior generalización, sufriendo exacerbaciones semestrales, hasta formarse conglomerados adenopáticos persistentes con vascularización colateral. Presenta antecedente materno de déficit de Ig A. En la exploración además de adenomegalias deformantes en todas las regiones, se apreció esplenomegalia progresiva de hasta 8 cm y hepatomegalia de 2 cm. Como pruebas complementarias, la bioquímica presentó siempre valores normales, incluyendo pruebas de función hepática; la hematimetría evidenció normalidad de la serie roja salvo anemia microcítica ocasional. Las ecografías ganglionares demostraron bloques adenopáticos inflamatorios sin signos de malignidad. La serología mostró positividad persistente de Ig M e Ig G para el antígeno capsular y nuclear del virus de Epstein-Barr, así como para citomegalovirus. Presentó viremias intermitentes de ambos agentes. El estudio anatomopatológico mostró cambios reactivos, salvo la última biopsia, apareciendo hiperplasia difusa con predominio de linfocitos T y población minoritaria entremezclada de células B CD20+. La inmunología evidenció disgamma globulinemia, con incremento de Ig M y valores indetectables de Ig A; y alteración en la población linfocitaria, con descenso de linfocitos B y aumento de células NK y linfocitos T, a expensas de los CD8, en concreto CD8 DR+, dando una ratio CD4/CD8 invertida. Sospechando un síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X (XLP) se estudió la expresión de la proteína SAP y del gen SH2D1A en linfocitos activados, resultando levemente disminuida, si bien el análisis genético no encontró mutación alguna. A pesar de tratamiento mensual con gammaglobulina y valganciclovir ocasional, la evolución no se modificó. Recientemente ha iniciado tratamiento con Rituximab (antiCD20) y foscarnet mejorando espectacularmente el cuadro adenopático, normalizándose los valores de Ig M y disminuyendo significativamente los linfocitos T CD8+ HLA DR+.

Comentarios. El diagnóstico y evolución del paciente son todavía inciertos. Las posibilidades diagnósticas más razonables son un XLP-like frente a una infección crónica activa por el VEB.

3. ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO COMO DEBUT DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL. *Granell Suárez C, Cebrián Muñíos C, Gómez Farpón Á, García Crespo JM, Álvarez Zapico JA. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. El divertículo de Meckel es una entidad clínica frecuente en la población pediátrica, con múltiples presentaciones clínicas dentro de las cuales la más habitual es el sangrado digestivo bajo importante y sin otros síntomas acompañantes. El objetivo del trabajo es reseñar una forma de debut atípico como un vólvulo de intestino delgado sobre un divertículo de Meckel adherido al mesenterio que actúa como brida.

Material y métodos. Se presentan dos casos diagnosticados e intervenidos en nuestro centro en un período de 9 meses. Ambos eran pacientes en edad escolar, un niño y una niña de 12 y 6 años respectivamente, que presentaban dolor abdominal agudo, de menos de 24 horas de evolución, con vómitos alimenticios incoercibles. La paciente de 6 años presentaba además fiebre. Se realizan pruebas de imagen, que incluyen radiografía abdominal, ecografía y TC abdominal en el caso del paciente de 12 años, que se informa como proceso inflamatorio intestinal agudo de origen inespecífico; y radiología simple y ecografía en la niña de 6 años que sí muestran un patrón obstructivo claro.

Resultados. Se intervinieron ambos con carácter de urgencia mediante laparotomía transversa derecha con hallazgos superponibles en los dos casos y que consisten en un divertículo de Meckel necrosado que se encuentra adherido al meso y estrangula un asa de íleon. En los dos pacientes se realizó resección intestinal de la zona necrótica y anastomosis término-terminal. El postoperatorio transcurre sin incidencias, se instaura nutrición parenteral en el día siguiente a la cirugía y se mantiene la dieta absoluta durante 7 días. Posteriormente, se reinicia la alimentación oral con respuesta satisfactoria. El análisis anatómico-patológico confirmó la pre-

sencia de mucosa gástrica ectópica en la zona que actuaba como brida.

Conclusiones:

1. El vólvulo de intestino delgado ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal acompañado de distensión y predominio de vómitos.
2. El divertículo de Meckel es una causa a tener en cuenta ante un niño con abdomen agudo y clínica obstructiva sin cirugía abdominal previa.

4. ALTERACIÓN Y RECHAZO DE LA MARCHA DE INICIO BRUSCO: ESPONDILODISCITIS LUMBAR. De

Juan Álvarez A¹, Lobeiras Tuñón A¹, García Hernández P, González Jiménez D¹, Bernardo Fernández B², Málaga Diéguez P. ¹Departamento de Pediatría. ²Unidad de Neurope-
diatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Principado de Asturias.

Introducción. La discitis o espondilodiscitis consiste en una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes. La etiología más frecuente es la infecciosa siendo el microorganismo más implicado el *Staphylococcus aureus*.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente de 3 años con un cuadro de 15 días de evolución de dolor lumbar tras un movimiento brusco en la playa. El dolor se hace constante y asocia progresivamente alteración de la marcha y posterior rechazo de la misma, rechazando también la sedestación. No asociaba fiebre ni otra sintomatología parainfecciosa.

Es atendida en su Hospital Comarcal tras la realización de una Rx que mostró un adelgazamiento del espacio L4-L5 y una analítica básica inespecífica, se derivó al HUCA centro para completar estudios.

A la exploración presenta gran irritabilidad, con rechazo de la marcha que realizaba con rectificación dorsal y posturas antiálgica, siendo el resto de la exploración física incluyendo la neurológica normal.

Hemograma, bioquímica (con CPK y aldolasa), PCR y coagulación normales. Mantoux, hemocultivo y serología de virus y bacterias atípicas negativos. Gammagrafía ósea con hipercaptación en L4-L5 y RM columna lumbar con alteración en cuerpos vertebrales L4 y L5, con alteración y her-

niación de su disco intervertebral en localización medial derecha.

Ante la sospecha clínico-radiológica de discitis se inició tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefotaxima iv durante 15 y se pautó reposo absoluto asociado a AINES y protector gástrico. Tras el alta hospitalaria, se completó el tratamiento antibiótico con cloxacilina oral durante 4 semanas más y se pautó tratamiento ortopédico con un corsé. En controles posteriores, la evolución de la niña fue favorable.

Conclusión. Pese a no ser una causa frecuente de alteración de la marcha de inicio agudo, la discitis se debe de incluir en el diagnóstico diferencial, sobre todo, ante la ausencia de hallazgos en la exploración neurológica ni otra clínica acompañante, teniendo en cuenta, además, que sus manifestaciones clínicas iniciales son muy inespecíficas y que sus secuelas ortopédicas, en caso de no ser diagnosticada, pueden ser muy graves.

5. ANÁLISIS CRONOBIOLOGICO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA EN NIÑOS DE 1 A 60 MESES DE EDAD. Barrio MP, Andrés J, Carranza J, Garmendia JR, Barreñada Y, Ardura J. Servicio de Pediatría. IGIR de Cronobiología. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valladolid, Valladolid.

Objetivos. Describir y analizar las características de la población de otitis media aguda (OMA) supurada y no supurada y su comorbilidad. Analizar la serie temporal de casos con el fin de describir la posible ritmicidad de OMA.

Población y métodos. La población del estudio comprende 27.650 pacientes de 1 a 60 meses de edad, ingresados entre 1993 y 2006 en el Hospital Clínico y Complejo Asistencial de Palencia.

Resultados. De los 27.650 niños, 2.702 ingresaron por OMA y, de estos, 353 por OMA supurativa. La edad media de ingresados por OMA fue $18,92 \pm 17,80$ y por otro motivo $27,66 \pm 20,38$ meses ($p = 0,000$). La estancia media hospitalaria en días fue mayor en el grupo de OMA ($4,43 \pm 10,11$) que en el resto ($3,37 \pm 5,08$) ($p = 0,000$). La edad media de los ingresados por OMA supurada ($27,71 \pm 22,33$ meses) fue mayor que por OMA no supurada ($17,60 \pm 16,62$ meses) ($p = 0,000$). La estancia hospitalaria mostró una mediana de 3 ± 3 días en OMA supurada y 3 ± 4 en no supurada (p

< 0,004). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. Los casos de gastroenteritis (GEA) infecciosa fueron más frecuentes en OMA que en no OMA ($p = 0,000$). La transformada de Fourier muestra una periodicidad dominante en la semana 52. Al aplicar el análisis de cosinor con armónicos de 52 y 26 semanas, la acrofase fue de 2 semanas (enero) y la batifase de 24 (junio), lo que refleja ritmo circanual.

Conclusiones. Los niños ingresados por OMA presentan una edad media inferior a los de OMA supurada, aunque estos tuvieron una estancia media mayor. La OMA global y supurada presentan una comorbilidad significativa con GEA infecciosa. El número de ingresos por OMA disminuye de junio a octubre y aumenta de marzo a noviembre, con acrofase en enero y batifase en junio, lo que confiere ritmo circanual.

6. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE DE MEDICAMENTOS ANTIASMÁTICOS EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE CANTABRIA. *Bercedo Sanz A¹, Pérez Hernández F², Gutiérrez Revilla JI³.* ¹Pediatra. Centro de Salud Buelna. Los Corrales de Buelna. ²Responsable de Gestión Farmacéutica. ³Farmacéutico de Área. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Introducción. El asma bronquial infantil es la enfermedad crónica más prevalente y que más recursos conlleva en Pediatría de Atención Primaria (PAP). El conocimiento de su impacto económico y social debe estimular a los pediatras a un correcto manejo de los tratamientos de acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica existentes.

Objetivo. Conocer el consumo y gasto de medicamentos antiasmáticos prescritos por los pediatras de AP en la población infantil (0-15 años) de Cantabria en el año 2006.

Material y métodos. Estudio de Utilización de Medicamentos (EUM) a nivel de PAP, mediante el análisis de la base de datos de facturación de recetas del Servicio Cántabro de Salud. La medición del consumo cuantitativo se estudió a través de la DHD (dosis diaria definida-DDD- por 1.000 habitantes pediátricos y día) y el importe/DDD, mientras que el consumo cualitativo se analizó a nivel de principio activo.

Resultados. 30.740 envases de medicamentos antiasmáticos fueron prescritos en el año 2006 para una población pediátrica de 70.272. La repercusión económica para el servicio de salud fue de 427.121,10 euros, que supuso el 23,86% del presupuesto farmacéutico de las consultas de PAP. El número de DDD prescritas fue de 624.713 anuales, observándose un mayor consumo en el último trimestre del año. El número de DHD fue de 24,36, lo que significó que se prescribieron 24,36 DHD-tratamientos antiasmáticos diarios por cada 1.000 niños en PAP. Los principios activos más prescritos fueron el salbutamol inh. (28,70% del total de DDD), fluticasona inh. (21,70%), terbutalina inh. (16,51%), budesonida inh. (15,97%), montelukast (7,23%), mepifilina (3,25%), β_2 agonistas de acción prolongada (LABA) más corticoide inhalado (2,19%), terbutalina oral (1,34%) y salbutamol oral (1,06%). Los principios activos más utilizados como terapia de mantenimiento fueron la fluticasona (45,10%), budesonida (33,17%), montelukast (15,04%), LABA más corticoide inh. (4,54%) y ketotifeno (1,62%).

Conclusiones. El gasto farmacéutico del asma en PAP representó una cuarta parte del gasto total. El consumo de β_2 agonistas de acción corta tan elevado puede sugerir que el asma está parcialmente o no controlado. Destaca el uso frecuente de medicamentos antiasmáticos no recomendados como la mepifilina, ketotifeno y broncodilatadores orales. Es necesario ajustar el presupuesto farmacéutico de la PAP según la prevalencia de asma y la población asmática tratada en cada Zona Básica, aspecto que dependerá de la derivación al nivel de Atención Especializada. El conocimiento de los valores estándares internacionales de DHD y el importe/DDD en cada Zona Básica nos aproximará al uso real de estos medicamentos en las consultas de PAP en cualquier día del año.

7. ANEMIA FERROPÉNICA SEVERA EN ADOLESCENTES: VALORACIÓN ETIOLÓGICA. *Rivas A, Fernández D, Muriel M, Clavero MJ, Ayúcar I, Torres R.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Es destacado en la literatura nacional que entre el 12,6% y 15,7% de la población adolescente de nuestro entorno padece alguna alteración por déficit de Fe y el 9% sufre anemia ferropénica siendo su máxima incidencia entre los 12 y

15 años afectando por igual a varones y mujeres. A pesar de ello, se deben investigar otras causas de anemia coexistentes con la edad, especialmente en casos severos o que no responden al tratamiento. Habrá que descartar disminución de los aportes, pérdidas excesivas o aumento de los requerimientos. Generalmente cursa con anemia microcítica hipocroma que nos obliga a establecer un diagnóstico diferencial con otras anemias,

Objetivos. Presentar 2 casos de anemia severa microcítica hipocroma en adolescentes con dudas diagnósticas. Discutir el interés de algunos índices hematológicos actualmente al alcance de todos.

Resultados. *Caso 1:* Paciente de 12 años, antecedentes sin interés salvo que desde hace 2 años tiene la "manía" de comerse los rellenos de los sofás y asientos del coche. Anamnesis por aparatos sin interés. Buen rendimiento escolar. Exploración normal, ligerapalidez. Analítica: Hb: 9,5g/dl, Hematíes: 4,87 mill, VCM: 61, CHM: 19,4; CMHC: 31,9; RDW: 19,9 Reticulocitos: 1,1% (57.200/mm³). Índice de Mentzer: 12,5; sideremia 16 mg/dl, ferritina 3 ng/ml, IS: 3,8%, CFT: 419, Hb A2: 2,%. Hb fetal: 0,2%. GOT, GPT, LDH, Bi, haptoglobina y cupremia: Normales. Parasitos y sangre oculta en heces: Negativos. Ac Antigliadina IgA e IgG positivos. Estatorrea normal y biopsia yeyunal normal. Se discute la evolución clínica y el tratamiento con Fe intravenoso.

Caso 2: Paciente de 12 años. Remitida para estudio por detectarse casualmente una Hb: 7 g/dl y hematíes 5,01 mill. VCM 58,9. Anamnesis por aparatos sin interés. Asintomática salvo astenia y palidez. Dieta variada. No visceromegalia, buen desarrollo pondero estatural. Analítica: hematíes: 4,45, Hb: 7,4, VCM: 57, HCM: 16,7, CMHC: 29, RDW: 20,8, Leucocitos y plaquetas: N, Reticulocitos 1,5%, Índice de Mentzer: 12, 8. Frotis: microcitosis e hipocromia. Sideremia 21 microg/dl, ferritina: 3 ng/ml, transferrina: 416 mg/dl. CFT: 528 microg/dl. IS: 4%. Hb F: 0,1%, HbA2: 2,4%. T. Coombs: negativo. Haptoglobina 52 mg/dl, función hepática, ác. fólico, Vit. B₁₂, parasitos, sangre oculta en heces, test de la Ureasa y Ac. antigliadina y transglutaminasa: negativos. Evolución con tratamiento oral favorable

Comentarios. Las causas de anemia ferropénica en la infancia deben ser investigadas especialmente en casos graves. La adolescencia es una edad propicia, en sí misma, para desarrollar ferropenia. Otras causas frecuentes de microcitosis.

8. EMPLEO SELECTIVO DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS: CRITERIOS DE SOLICITUD Y SENSIBILIDAD. *Cebrián Muñíos C, Gómez Farpón Á, Granell Suárez C. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La ecografía abdominal se considera la prueba de imagen de primera línea para el diagnóstico de apendicitis aguda. En nuestro Hospital la ecografía es selectivamente indicada por el cirujano pediátrico tras su valoración, sólo en algunos pacientes que le plantean dudas diagnósticas. El objetivo de este estudio es determinar qué características reúnen los pacientes en los cuales se solicitó una ecografía abdominal, compararlos con el grupo no sometido a esta exploración y determinar la sensibilidad de la prueba en nuestra serie.

Material y métodos. El estudio, retrospectivo observacional, se realizó sobre 116 niños, con edades comprendidas entre 2 y 13 años, intervenidos con carácter urgente en un año en nuestro centro, por sospecha de apendicitis aguda y con confirmación anatomopatológica de esta misma. Se recabó información sobre la anamnesis y la exploración física por el cirujano pediátrico, el resultado de la ecografía en aquellos en los que se realizó y acerca de los hallazgos intraoperatorios y anatomo-patológicos. Se trataron los datos estratificándolos en dos grupos etarios, mayores y menores de 6 años, y según estadio evolutivo de la apendicitis según los hallazgos intraoperatorios, considerando apendicitis simples las hiperémicas y flemonosas y complicadas el resto. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 10.0.

Resultados. Se practicó ecografía en 67 niños, que suponen el 57,7% de la muestra. Mediante regresión logística multivariante buscamos cuáles son las características que influyen en la decisión del cirujano de solicitar una ecografía abdominal, y se encuentra que la ausencia de defensa abdominal es el hallazgo que en el contexto de un niño con un aparente abdomen agudo inclina con más frecuencia al cirujano a solicitar la prueba de imagen, y esta relación tiene significación estadística con una P = 0,001 (IC 95% 1,712-9,177). Al comparar mediante chi-cuadrado encontramos que entre los que no tenían defensa, se solicitó ecografía a 36 pacientes, que constituyen un 76,6%, mientras que en el caso de los que presentaban defensa, se solicitó en 31 pacientes que son el 44,9%. Esta diferencia es estadísticamente significativa, con una P = 0,001.

No existen diferencias estadísticamente significativas ($P = 0,798$) entre la proporción de ecografías realizadas a los preescolares (se hizo en 15 pacientes, 60%) y escolares (en 52 pacientes, 57,1%). Tampoco se encuentran diferencias atendiendo a la edad o al estadio evolutivo de la apendicitis. Sin embargo, dividiendo a los pacientes en los que presentan clínica típica y los que no (definiendo clínica típica como presentar simultáneamente dolor y defensa abdominal, temperatura igual o mayor de 37°C y recuento leucocitario igual o mayor a 10.500), encontramos que se han pedido más ecografías en los pacientes que presentan clínica atípica (44 ecografías, por lo tanto se realizó en el 69,8% de los pacientes con clínica atípica) que en aquellos con el cuadro clínico típico entre los que se solicitaron 23 ecografías, por lo tanto al 43,4% de los niños de este grupo. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una $P = 0,004$.

La ecografía fue informada como hallazgos sugestivos de apendicitis aguda en 62 casos, por lo que la sensibilidad de la ecografía en nuestra muestra sería del 92,5%. En 2 casos se informó como dudosa (2,9%) y como normal en 3 casos, que serían Falsos Negativos y constituyen un 4,5%. Al considerarlos por edades, encontramos que la sensibilidad es un poco superior en los mayores de 6 años (94,2%) que en los menores (86,7%), pero la diferencia no tiene significación estadística. No se encontraron diferencias en la sensibilidad de la prueba comparando grupo evolutivo simple y complicado.

Conclusiones. 1. La presentación clínica atípica y en especial la ausencia de defensa abdominal inclinan al cirujano pediátrico a solicitar una ecografía abdominal. 2. La sensibilidad de la ecografía abdominal es muy alta en nuestra serie ya que se realiza selectivamente en pacientes con clínica dudosa, en los que la sensibilidad es óptima.

9. ASOCIACIÓN ENTRE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS. ESTUDIO INCARDIA. *Álvarez Caro F¹, Díaz Martín JJ, Pérez Solís D, Riaño Galán I, Suárez Tomás JJ, Suárez Menéndez ME.* Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés. ¹Departamento de pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción. La obesidad infantil constituye la epidemia nutricional del siglo XXI. Estudios recientes indican que en

obesos se detectan con frecuencia alteraciones en los factores de riesgo cardiovascular clásicos y en los denominados factores inflamatorios, entre los que destaca la Proteína C Reactiva ultrasensible (PCRus). La relación entre ambos tipos de factores no ha sido suficientemente estudiada hasta la fecha.

Objetivo. Estudiar la relación entre FRCV clásicos e inflamatorios en una muestra de escolares asturianos.

Sujetos y métodos. 75 escolares de ambos sexos (43 no obesos y 32 obesos según percentiles de Cole) de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, pertenecientes a dos colegios públicos de la ciudad de Avilés. Se realizaron estudios somatométricos: peso, talla y determinación del índice de masa corporal (IMC). Determinación de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) en reposo y determinación del perfil lipoproteico y de PCRus tras ayuno de 12 horas.

Resultados. Los niños y niñas obesos presentaron valores significativamente más altos de TAS (111,8 mmHg vs 106,1; $P = 0,035$) y PCRus ($P = 0,0001$) y significativamente más bajos de colesterol HDL (56,6 mg/dl vs. 64,9; $P = 0,01$) que los no obesos. Al analizar la asociación entre PCRus y el resto de factores, se observó una correlación positiva estadísticamente significativa con los valores de IMC, TAS, TAD, y triglicéridos y negativa con los valores de colesterol HDL.

Conclusiones. La PCRus es un importante factor inflamatorio de riesgo cardiovascular que se encuentra aumentado en niños obesos y que se asocia de forma consistente con otros factores cardioprotectores y de riesgo cardiovascular. El carácter transversal de este estudio no permite establecer una relación causal, pero constituye un importante punto de partida para estudiar las interacciones fisiopatológicas entre estas variables.

Estudio financiado parcialmente con Ayuda a la Investigación de la Fundación ESV 2006.

VIERNES 2 DE NOVIEMBRE, SALA 2

Moderadores: Juan C. Silva, David Peláez

10. ESTUDIO DE INCIDENCIA DE H. PILORY EN PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTOS DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO. *Díez López I, Rodríguez Estévez A, Hualde Tapia I, Michaus Oquiñena L.* Servicio de Pediatría y Microbiología. Hospital de Txagorritxu. Vitoria, Álava.

Introducción. Se ha descrito la existencia de una asociación entre el padecimiento de tiroiditis autoinmune y una mayor incidencia de *Helicobacter pylori* que la registrada en la población general. No existen hasta la actualidad estudios realizados en población pediátrica en nuestro país.

Objetivos. Estudio de la incidencia de presencia de *H. pilory* en una población de niños afectados tiroiditis de Hashimoto.

Material y métodos. Pacientes afectados de tiroiditis de Hashimoto con edad menor al diagnóstico de 14 años; y definida esta como alteración de la función tiroidea analítica y prueba de imagen ecografía tiroidea realizada por un único observador.

Para la determinación de Ag de *H. pilory* se utilizó el kit de Generis Assays. Estudio descriptivo y estadístico para muestras $n < 30$ mediante test de χ^2 . Nivel de significación $p: 0.05$. Paquete estadístico SPSS 14.0.

Resultados. 38 pacientes fueron estudiados 8 hombres (21%) y 30 mujeres (79%); de edad media de 12,46 años (SDS 4,27). En ninguno de estos pacientes existía historia personal clara de patología gástrica, no se habían realizado con anterioridad estudio de afectación de mucosa gástrica, ni habían recibido medicación alguna por síntomas sugerentes.

En estos 38 pacientes, en el 69% (26/38) existían antecedentes familiares de afectación tiroidea (tiroiditis, hipotiroidismo, disfunción no determina) y en el 26% (10/38) de antecedentes de patología gástrica (gastritis, ulcus).

De los 38 pacientes, 8 presentaron un estudio positivo a *H. pilory* en heces (21%), frente a 30 en el que fue negativo (79%).

La distribución por sexos de los HP+ fue de 25% varones (2/8) y 75% mujeres (6/8) frente al 20% (6/30) de varones y el 80% de mujeres (24/30) de los pacientes HP-, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Existió una mayor incidencia en el grupo de pacientes >12 años (35%) que en los menores (18%).

Discusión y conclusiones. En nuestra población de pacientes pediátricos afectados de tiroiditis autoinmune existe una mayor incidencia de mucosa gástrica colonizada por *H. pilory* (21%) que en la población general (estudio H. Virgen del Camino An Pediatr (Barc) 2005; 63 (6): 489-94, con el 15%) y en que en la mayoría de los casos era asintomática.

Esta población requiere un seguimiento y tratamiento específico.

11. CAUSAS INFRECIENTES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL NIÑO MAYOR. Da Cuña R, Marugán JM, Cortejoso E¹, García P, Alfaro M, Cobreros P. Servicio de Pediatría y ¹Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. La obstrucción intestinal mecánica es un proceso poco frecuente en la infancia. En el período neonatal suele deberse a anomalías congénitas o íleo meconial, y en la lactancia a invaginación intestinal o hernia estrangulada, siendo más raro en el niño mayor. Se presentan dos casos de obstrucción intestinal mecánica de presentación infrecuente en escolares.

Caso 1. Niña de 4 años con abdominalgia intensa de tipo cólico y vómitos reiterados de 12 horas de evolución. A. familiares: padre hipotiroidismo y madre estreñimiento habitual. A. personales: sin interés, salvo estreñimiento pertinaz. Exploración física: sin hallazgos. Rx abdomen: asas dilatadas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: severa distensión de asas rellenas de contenido, peristaltismo aumentado y discreta cantidad de líquido libre, sin otros hallazgos. Evolución: persisten vómitos inicialmente biliosos y después fecaloideos, con distensión abdominal progresiva; mejoría tras dieta absoluta y sonda nasogástrica abierta, con buena tolerancia posterior. Tras el alta se realiza tránsito intestinal, con hallazgo de imagen sacular de aspecto quístico y pared lisa, de 7-10 cm, que se rellena de bario a nivel de íleon terminal; enema opaco: sin hallazgos de interés; gammagrafía (Tc99m), con captación persistente en área umbilical. Se programa intervención quirúrgica, hallándose un divertículo de Meckel gigante ileocecal adherido al ombligo, con metaplasia gástrica.

Caso 2. Niño argentino de 13 años con abdominalgia cólica intensa de 8 horas de evolución y vómitos biliosos. A. familiares: abuelo paterno con enfermedad de Chagas. A. personales: sin interés. Exploración física: abdomen muy distendido y timpanizado, blando, depresible, sin masas ni megalias palpables y con ruidos hidroaéreos. Radiografía abdominal: importante dilatación de colon transversal y sigma. Colonoscopia: en la primera porción de sigma se observa un estrechamiento o torsión de la luz, con mucosa colónica negruzca de aspecto necrótico con exudado sanguinolento y luz de gran calibre. Evolución: se decide ciru-

gía urgente, con hallazgo de dolicosigma volvulado con signos de isquemia a nivel de su mesenterio, que precisa resección, y resto del colon dilatado. Evolución favorable posterior. Serología frente a *Tripanosoma cruzi* negativa, ni signos de aganglionismo, descartándose enf. de Chagas. Diagnóstico final: vólvulo idiopático espontáneo de colon sigmoide.

Comentarios. El divertículo de Meckel puede manifestarse inicialmente con obstrucción de intestino delgado distal, sin signos previos de hemorragia digestiva, pese a tener mucosa gástrica ectópica.

El vólvulo de colon sigmoide puede ocurrir en niños previamente sanos y constituye una urgencia quirúrgica si no se logra reducir endoscópicamente en fases muy precoces.

12. CRIPTORQUIDIAS, ¿UN CORRECTO MANEJO?

Gómez Farpón A, Álvarez Caro F, Granell Suárez C, Cebrián Muiños C, Guindos Rúa S, Martínez-Almoyna Rullán C. Servicio de Cirugía Pediátrica. ¹Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Describir las características clínico-epidemiológicas de los niños intervenidos por criptorquidia en nuestro centro en el año 2006, así como evaluar su correcto manejo por parte tanto de pediatras como de cirujanos pediátricos de nuestro área.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, retrospectivo, realizado en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias. Se revisaron las historias de los niños menores de 14 años intervenidos por criptorquidia durante el año 2006, describiéndose parámetros clínicos, epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos.

Resultados. En el período del estudio se intervinieron 95 pacientes, 67 de los cuales lo hicieron en régimen ambulatorio (70,5%), mientras que el resto (29,5%) precisó ingreso hospitalario. La edad media en la que el pediatra tuvo constancia de la patología es 2,96 años (0-10,8), siendo el niño derivado al cirujano pediátrico para valoración con 5 años de edad (0-12). Éste a su vez lo ve transcurridos una media de 76 días (8-741) desde la solicitud de consulta y lo interviene desde ésta en un intervalo de 1,06 años (0,04-5,2); con lo que la edad media en el momento de la intervención es de 6,4 años (1-13). Un 47% de los testes crip-

torquídicos fueron derechos, un 27% fueron izquierdos y un 25% eran bilaterales. A la exploración física en el momento de la intervención hasta en el 36% el teste no descendía a la bolsa escrotal, un 31% presentaba un teste en resorte, un 19% en ascensor y solamente en un 8% no era palpable. Con respecto a su localización un 40% se encontraban en el espesor del canal inguinal, siendo menos frecuente su localización a nivel del anillo inguinal superficial (30,5%). Otras localizaciones fueron poco frecuentes. Tan sólo en el 35,8% de los pacientes se solicitó ecografía para valoración del teste. El 7% recibió tratamiento médico con hCG previo a la intervención. Sólo el 3,2% de los pacientes se intervino vía laparoscópica por sospecha de teste intraabdominal. Al 23% de los niños se les realizó otra intervención de forma concomitante, siendo la más frecuente la circuncisión (13,7%). Hasta el 27,4% de los pacientes presentaban alteraciones macroscópicas testiculares intraoperatorias.

Conclusiones. La edad con la que se derivan los niños a cirugía pediátrica excede lo recomendado por la comunidad científica, lo que hace que se retrase la intervención quirúrgica. Esta demora podría predisponer al padecimiento de neoplasias testiculares así como influir en una pérdida de función del órgano. Una mayor coordinación médico-quirúrgica en estos pacientes podría evitar dichas consecuencias.

13. DEBEMOS OPTIMIZAR LOS RECURSOS DEDICADOS A LA OBESIDAD INFANTIL. Díez López I, Rodríguez Estévez A. Servicio de Pediatría. Hospital de Txagorritxu. Vitoria, Álava.

Introducción. La obesidad infantil esta presentando un alarmante incremento en nuestra población, consumiendo de forma progresiva un mayor número de recursos sanitarios con la sensación subjetiva de escasez de resultados.

Objetivos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes remitidos a una consulta hospitalaria de obesidad, valorando resultados a 1 año de seguimiento.

Material y métodos. Pacientes valorados en Consulta de obesidad desde junio 2002 a junio de 2006. Se estudiaron variables sexo, peso, talla e IMC a la 1ª consulta y

tras 1 año de seguimiento tras inicio de medidas higiénico-dietéticas. Uso de tablas de referencia Orbegozo 04. SPSS vs 11.0

Resultados. Se estudiaron 110 pacientes, 39% niños (43/110) y 61% niñas (67/110). Edad media de 10,22 años, peso medio de 53 kg al inicio, IMC medio de 25,41 kg/m². En el momento del estudio un 57% (63/110) eran prepúberes. Un 8 % se catalogaron como no sobrepeso, saliendo del estudio, el resto se distribuyó en sobrepeso (48%), obesidad leve (35%), moderada (6%) y severa (2%). El 74% presento una distribución de grasa tipo androide, aun entre las niñas, el 8% ginecoide y el resto (18%) tipo mixto. Tras 1 año de seguimiento y de control de medidas higiénico dietéticas no se consiguió una pérdida de peso efectiva, con ganancias medias de 1,34 kg en niñas y 2,62 kg en niños. Sin embargo, las niñas redujeron su IMC -0,37 kg/m² frente a la ganancia de 0,20 kg/m² de los niños.

Conclusiones. La mayor parte de nuestros pacientes que consultan por obesidad son niñas, de unos 10 años y han iniciado pubertad (Tanner II y III). En su mayoría presentan sobrepeso y obesidades leves (84%). Las obesidades más importantes se dan en niñas.

No se consigue en general pérdida de peso significativa a pesar del seguimiento clínico, pero si de IMC, tan solo a favor de las niñas, y de forma escasa, tal vez debido a una mayor velocidad de crecimiento.

El desarrollo de programas multidisciplinarios contra la obesidad tipo "Niños en movimiento" ha demostrado una mejora significativa respecto a los programas clásicos en cuanto a pérdida de IMC y aumento de la autoestima de estos pacientes. Se hace necesaria la reconducción de los recursos sanitarios hacia este tipo de programas mas eficientes.

14. DEFICIENCIA DEL TRANSPORTADOR DE GLUCOSA CEREBRAL TIPO 1 (GLUT-1). *Málaga I, Villanueva F, Borja Bernardo B.* ¹Unidad de Neuropediatría Departamento de Pediatría. ²Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos. Presentar una paciente con déficit del transportador de Glucosa Cerebral tipo 1 (DGLUT-1) Se trata de

una enfermedad rara caracterizada por: 1. Encefalopatía epiléptica refractaria al tratamiento; 2. Deceleración progresiva del perímetro craneal; 3. Retraso psicomotor; 4. Espasticidad y ataxia; 5. Otros trastornos paroxísticos no epilépticos. Todos los síntomas empeoran en periodos prolongados de ayuno. Tiene una prevalencia desconocida y el diagnóstico se basa en los datos clínicos señalados y el análisis del LCR (ratio glucorraquia/ glucemia). La enfermedad se debe a la mutación del gen SLCA1. Si bien la mayoría de los pacientes son debidos a mutaciones de novo, en familias afectas la enfermedad se transmite de forma autosómica dominante.

Material y métodos. Se presentan los datos clínicos de la paciente de XX años de vida, incluyendo vídeos clínicos al diagnóstico y post-tratamiento con dieta cetogénica, video-EEGs pre y post-pandriales y los datos analíticos que permitieron su diagnóstico.

Resultados. El ratio glucorraquia/ glucemia fue de 0,31. El video EEG pre y post pandrial mostró una actividad muy frecuente de punta onda a 3 Hz asociada electroclínicamente con mioclonías (ausencias mioclónicas), que desapareció totalmente tras la ingesta (desayuno). Se remitió el ADN para estudio genético del gen SLCA1. Se inició tratamiento con dieta cetogénica (4:1) con lo que se consiguió una mejora en la motricidad asociada a un control completo de la epilepsia.

Conclusiones. El DGLUT-1 es una enfermedad muy poco frecuente. Al ser una forma de retraso mental y epilepsia potencialmente tratable, su diagnóstico precoz es muy importante. En la actualidad se recomienda la cuantificación de glucosa en LCR en todo lactante con epilepsia farmacorresistente y en pacientes con retraso psicomotor y deceleración en el crecimiento del perímetro craneal (con o sin epilepsia) en los que los estudios básicos no aportan datos para determinar la etiología del cuadro.

15. DÉFICIT SELECTIVO DE INMUNOGLOBULINA A: CASUÍSTICA DE 25 AÑOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL. *Baeza Velasco M, Giner MT, Plaza AM, Martín Mateos MA, Sierra JI.* Hospital Sant Joan de Déu. Servicio de Inmunoalergia Pediátrica. Barcelona.

Introducción. El déficit selectivo de IgA (DSIgA) es la inmunodeficiencia primaria más frecuente. Viene definida

por la cifra de Inmunoglobulina A (IgA) sérica inferior a 50 g/L en pacientes mayores de 4 años, con el resto de inmunoglobulinas en niveles normales y en ausencia de otras alteraciones inmunológicas y/o que justifiquen dicho déficit. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y su detección en numerosas ocasiones se presenta como un hallazgo casual. En las formas sintomáticas, la evolución clínica presenta gran variabilidad, siendo las infecciones de repetición, principalmente de los aparatos respiratorio y digestivo, las manifestaciones más frecuente. Igualmente se asocia a otras enfermedades como atopia, otras inmunodeficiencias, trastornos autoinmunes, manifestaciones digestivas o tumores.

Objetivos. Revisar las características clínicas, analíticas y evolutivas de los pacientes con DSIGa en edad pediátrica.

Material y métodos. Se revisaron de forma retrospectiva 330 historias clínicas de pacientes con DSIGa diagnosticados a lo largo de 25 años (1980-2006).

Resultados: No existieron diferencias entre sexos. La patología más frecuente encontrada en los pacientes sintomáticos fueron las infecciones de vías altas (47%), con complicaciones ocasionales. Se encontró asociación con atopia (18,78%), enfermedades autoinmunes (11,5%), trastornos digestivos (21,2%), tumores (1,5%), otras alteraciones inmunológicas (humoral y/o celular) y, en dos pacientes, evolución a síndrome de inmunodeficiencia variable común.

Conclusiones. Hasta donde conocemos, nuestra revisión es la más amplia en edad pediátrica. No encontramos diferencias respecto a estudios previos referidos en la literatura. Pese a la benignidad de la evolución en la mayoría de los pacientes, algunos presentarán complicaciones a lo largo de la vida. Pensamos que el diagnóstico precoz y el seguimiento periódico en un Servicio de Inmunología infantil es imprescindible para realizar un correcto abordaje de esta entidad, de tan alta prevalencia en nuestro medio.

16. DIABETES MODY 2 EN NIÑO DE 11 AÑOS. *Campo Fernández MN, Lique Arauzo L, Sánchez García A, Alcalde Martín C, Del Villar Galán R, Hernando Mayor JC. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La diabetes MODY es un tipo de diabetes que se caracteriza porque suele debutar antes de los 25 años, sin tendencia a la cetosis, herencia autonómica dominante y se debe a un defecto primario de la célula β con marcadores de inmunidad pancreática negativos.

La clínica más frecuente consiste en una hiperglucemia no muy intensa en un niño, adolescente o adulto joven, generalmente no obeso. En cuanto a las formas de presentación, puede ser como diabetes, glucemia basal alterada, intolerancia hidr carbonada, hiperglucemia de estrés o diabetes gestacional.

Caso clínico. Se trata de un niño de 11 años y 6 meses, que a raíz de un dolor abdominal inespecífico, se le detecta una glucemia de 200 mg/dl. Antecedentes familiares: padre etiquetado de intolerancia hidr carbonada y abuelo materno DM 2. Antecedentes personales sin patología destacable.

A la exploración, peso 35,5 kg (p50) y talla 139,5 cm (p10-25) con una talla diana de 160,5 cm. Testes de 3-4 cc³, P2. Resto sin hallazgos significativos.

Estudios complementarios: HbA1C 6%, péptido C 1,02 mmol/l (0,3-1,33), ausencia de cetonuria y anticuerpos de inmunidad pancreática negativos. Test de sobrecarga oral de glucosa: 116 mg/dl basal y 136 mg/dl a las 2 horas. Seguido ambulatoriamente, se detectan glucemias alteradas tanto en ayunas como postprandialmente. Repetido test de sobrecarga oral de glucosa: 122 mg/dl basal y 198 mg/dl a las 2 horas, HbA1C 5,9%, péptido C 0,45 mmol/l y anticuerpos de inmunidad pancreática negativos.

Nos planteamos **diagnóstico diferencial** entre diabetes MODY (herencia AD, edad de comienzo joven, historia familiar positiva, no obesidad ni síndrome metabólico) y DM 2 (herencia poligénica, presentación en edad adulta, menor carga familiar, obesidad y síndrome metabólico). Se solicita estudio genético-molecular del gen de la glucoquinasa en el cromosoma 7p15 (H.Cruces, L. Castañón), detectándose en nuestro caso la mutación Cys382Tyr al igual que en el padre.

Conclusiones. La diabetes MODY 2 por trastorno del gen GCK es el tipo más prevalente en la población pediátrica, representando el 41-80% de todos los MODY. Su herencia es autonómica dominante, por lo que los antecedentes familiares son muy importantes. Se suele presentar como una hiperglucemia moderada en gente joven.

Por ello nunca banalizar la clínica ni analítica de una hiperglucemia.

17. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COJERA DEL NIÑO. *Ortega Casanueva C, Domínguez Bernal E, Casado Sánchez L, García Velázquez J, Castrillo Bustamante S, Reig del Moral C. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Objetivo. Llamar la atención sobre lo importante que resulta realizar el diagnóstico diferencial de la infección osteoarticular aguda ante un niño que cojea.

Material y métodos. Presentamos dos casos clínicos en escolares de 8 y 11 años de edad, con clínica semejante (fiebre que no cede con antitérmico habitual, dolor en región inguinal con molestia a la deambulación y cojera) en los que la realización de pruebas complementarias de laboratorio y radiología específica llevó al diagnóstico de infección osteoarticular.

Resultados. En el primer caso se obtuvo hemocultivo positivo a *S. Aureus*, siendo normales la radiografía de columna lumbar y la ecografía y TAC de cadera. En la gammagrafía con tecnecio se comprueba aumento de la captación en hueso iliaco derecho. Se diagnosticó de osteomielitis de hueso iliaco derecho, recibiendo tratamiento con cloxacilina, con buena evolución clínica.

En el segundo caso se aisló *S. Aureus* en hemocultivo, líquido articular y frotis nasal, comprobándose la existencia de líquido intraarticular en la ecografía de cadera izquierda. Se diagnosticó de artritis aguda de cadera izquierda, iniciándose tratamiento con cloxacilina y gentamicina 5 días y posteriormente cloxacilina hasta completar 4 semanas.

Conclusiones. Las infecciones osteoarticulares agudas, a pesar de no ser frecuentes en la edad escolar, constituyen un problema importante. Su tratamiento constituye una urgencia pediátrica y quirúrgica. Varios procesos deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de la cojera en el niño pero especialmente la osteomielitis aguda y la artritis séptica ya que el diagnóstico precoz es esencial para obtener la curación definitiva y evitar la aparición de graves secuelas.

Se ha de mantener siempre un elevado índice de sospecha ante un niño que cojea sobre la posible aparición de estos cuadros patológicos, especialmente en aquellas articulaciones donde la metáfisis es intraarticular como ocurre con la cadera y el tobillo.

18. DILATACIÓN DE LA VÍA URINARIA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS. *Fernández Díaz M, Pardo de la Vega R, Fernández Fernández EM, Morán Poladura M, Suárez Castañón C, Melgar Pérez J. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. Las malformaciones nefrourológicas se observan en el 0,18-6,4% (1-3) de las gestaciones y más del 75% corresponden ecográficamente a dilataciones de la vía urinaria, especialmente de la pelvis renal. Hemos realizado una revisión de la experiencia de nuestro hospital (centro de nivel II, que atiende a una población infantil de aproximadamente 30.000 niños, con una media de 2.000 partos anuales), con el objetivo de conocer mejor la historia natural del proceso en nuestros pacientes para optimizar los recursos de los que disponemos.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes seguidos por dilatación de la vía urinaria en el período prenatal durante tres años (enero de 2003 a diciembre de 2005). Se recogieron datos, entre otros parámetros, sobre trimestre de gestación en el que se detectó la dilatación, localización y medida de la misma, pruebas complementarias realizadas en el período postnatal, necesidad de evaluación por parte de las secciones de Nefrología Pediátrica y/o Cirugía Infantil de nuestro hospital de referencia, infecciones de orina intercurrentes o necesidad de profilaxis antibiótica.

Resultados. Durante el período de estudio fueron seguidos en consultas 88 pacientes, con predominio del sexo masculino (71,6%). Aproximadamente el 22,5 % de las dilataciones no se confirmaron en las ecografías postnatales. La primera ecografía neonatal se realizó en la primera semana de vida en la gran mayoría de los casos (mediana 3 días, media 7,7 días). En un 25% de casos se realizó cistouretrografía miccional seriada (CUMS) y renograma diurético con MAG3 en 23 casos (26,1%). El diagnóstico más frecuente fue el de ectasia simple (83%). Se

detectaron 3 casos de RVU, todos en varones y del lado derecho (grado II, IV y V). El resto de malformaciones asociadas fueron 8 casos de síndrome de la unión pieloureteral, 2 casos de megauréter y un caso de duplicidad pieloureteral. Fue necesario el tratamiento quirúrgico en 4 casos. Un paciente con estenosis uretral intervenida desarrolló insuficiencia renal crónica. Los pacientes con uropatías significativas presentaron un diámetro pélvico neonatal mayor con respecto a las ectasias simples ($15,7 \pm 3,8$ vs. $8,5 \pm 3,1$ $p < 0,05$). Entre las complicaciones detectadas, 13 pacientes presentaron ITU (6 con ectasia simple).

Conclusiones. La incidencia de dilatación prenatal de la vía urinaria en nuestro medio es del 1,5%. En nuestra serie, los pacientes con dilataciones significativas presentaban un diámetro de pelvis renal igual o mayor de 10 mm, lo que se corresponde con la literatura previa. La correcta identificación de estos pacientes con especial riesgo, el uso racional de los potentes métodos diagnósticos a nuestro alcance y el adecuado seguimiento médico-quirúrgico son temas aún no suficientemente consensuados en la actualidad.

VIERNES 2 DE NOVIEMBRE, SALA 3

Moderadores: Miguel García Fuentes, Julián Rodríguez

19. DISARTRIA Y RETRASO DEL LENGUAJE: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE. Mazas Raba R, Güemes Veguillas E, Jordá Lope A, Arteaga Manjón R, Herranz Fernández JL. Departamento de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. El síndrome opercular anterior o de Foix-Chavany-Marie cursa con disartria, disfagia, sialorrea y diplejía facial. Se debe a alteraciones congénitas de la migración neuronal, especialmente polimicrogiria, en la región opercular. Se describen tres pacientes con alteración predominante en el área del lenguaje, déficit motor y epilepsia en dos de ellos.

Casos clínicos. *Caso 1:* embarazo y parto normal. Ingresa a los 45 días por crisis de hiperextensión cervical,

movimientos oculogiros y cianosis. Discreto retraso evolutivo, epilepsia sintomática, dificultad para la deglución y hemiparesia izquierda, muy evidente al año de edad. A los 11 meses balbucea sin silabeo, con evolución del lenguaje favorable en comprensión pero no en ejecución. Electroencefalograma (EEG): punta onda en hemisferio izquierdo con frecuente propagación contralateral. Resonancia magnética (RM): displasia opercular bilateral con polimicrogiria. Tratada con fenobarbital, valproato, carbamacepina, vigabatrina, topiramato y levetiracetam, está controlada en la actualidad. Recibe rehabilitación y logopedia.

Caso 2: antecedentes familiares de hipoacusia. Hidramnios en el embarazo. Cariotipo normal. Parto eutócico en semana 36 con sufrimiento fetal, Apgar 3-5-8 y reanimación tipo II. Ingresado por bajo peso, ictericia mixta, hipotonía, distrés respiratorio tipo II y asfixia moderada. Desarrollo motor lento, paresia del brazo derecho y asimetría facial derecha con babeo constante. Psiquismo normal. Lenguaje poco desarrollado (articula palabras con las sílabas que es capaz de emitir) con comprensión oral buena. EEG: lentificación en áreas posteriores. RM: polimicrogiria en región opérculo insular izquierda. Tratamiento rehabilitador y logopédico.

Caso 3: embarazo gemelar. Parto a término por cesárea. Monorreno derecho. Disfunción orolingual con sialorrea y babeo. Habla frases de hasta tres palabras de forma adecuada con bradilalia. Desarrollo psíquico normal. A los 12 años primeras crisis convulsivas, febril y afebril. EEG: ondas escarpadas en región temporal media y anterior del hemisferio izquierdo. RM: polimicrogiria silviana bilateral. Tratamiento con levetiracetam, rehabilitación y logopedia.

Conclusiones. El síndrome opercular en la infancia pertenece generalmente a los trastornos de migración neuronal y se traduce en síndrome seudobulbar asociado o no con epilepsia y retraso mental, con pronóstico grave para el desarrollo del lenguaje hablado. El tratamiento se basa en la fisioterapia de la musculatura afectada con apoyo del logopeda, si bien los resultados son muy discretos y por ello el pronóstico reservado. De hecho, en niños con disartria, trastornos de la musculatura oral y mala evolución con logopedia, hay que descartar el síndrome opercular, motivo de esta presentación.

20. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. REVISIÓN DE 9 CASOS DIAGNOSTICADOS EN 4 AÑOS. *Vivanco Allen de A, Lobete Prieto C, Ramos Polo E, Bousoño García C, Montes Zapico B, Miñones Suárez L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Revisar la forma de presentación, evolución y tratamiento de los pacientes diagnosticados en nuestro servicio de artritis idiopática juvenil.

Material y método. Se realiza estudio retrospectivo de los casos de artritis idiopática juvenil diagnosticados en nuestro servicio entre 2002 y 2006. Se recogen datos acerca de antecedentes personales y familiares, edad de comienzo, articulaciones afectadas, síntomas extraarticulares, enfermedades asociadas, datos analíticos, tratamiento, complicaciones del mismo y evolución de la enfermedad.

Resultados. Entre las citadas fechas se diagnosticaron 9 casos de artritis idiopática juvenil, todos ellos de inicio oligoarticular, apareciendo antecedentes de enfermedad reumática familiar en sólo uno de los casos. La edad de comienzo de la enfermedad variaba desde los veinte meses, en el caso de debut más precoz, hasta los 11 años. La articulación más frecuentemente afectada era la rodilla; apareciendo cifras de proteína C reactiva superiores a 0,5 mg/dl en 3 de los 9 pacientes, velocidad de sedimentación globular mayor de 20 mm por hora en 7 de ellos y anticuerpos antinucleares positivos en 6 casos. Únicamente 3 de los pacientes asociaban manifestaciones extraarticulares, todas ellas en forma de uveítis. Todos los casos fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos como primera opción terapéutica. 8 pacientes recibieron corticoterapia intraarticular y 4 realizaron tratamiento corticoideo por vía oral; finalmente 4 de ellos fueron tratados con metotrexate, consiguiéndose con este tratamiento la remisión completa de un caso.

Conclusiones.

- En nuestra experiencia, la forma más frecuente de presentación de la artritis idiopática juvenil es la oligoarticular que, pese a ser la de mejor pronóstico, en algunos de los casos precisa de tratamiento con metotrexate para el control de la sintomatología.
- La manifestación extraarticular más frecuente es la uveítis, que puede aparecer en cualquier etapa evolu-

tiva de la enfermedad, siendo importante la valoración oftalmológica periódica de los pacientes.

21. EPILEPSIA SECUNDARIA A MALFORMACIÓN VASCULAR SUPRATENTORIAL. *Mojica E, Muñoz C, Hernández A, Santos J, Monzón L, Cuadrado S. Servicio de Neurología Pediátrica Hospital Universitario Salamanca.*

Objetivos. La población pediátrica es la que tiene mayor prevalencia y variedad de epilepsias. Dependiendo de la edad de inicio existen diferentes síndromes epilépticos que presentan diferente pronóstico a largo plazo. Las epilepsias focales sintomáticas son un grupo heterogéneo de epilepsias, ya que pueden estar producidas por diferentes tipos de lesión cerebral, las más frecuentes son esclerosis mesial temporal, displasias corticales, esclerosis tuberosa, atrofia cerebral, malformaciones cerebrales y tumores.

Material. Paciente de 3 años que inicia crisis parciales complejas que afectan a miembro superior derecho no asociadas a procesos febriles. El desarrollo psicomotor ha sido normal en todo momento. Como único antecedente familiar presenta 2 familiares fallecidos por hemorragia cerebral. Se realiza electroencefalograma resultando normal para su edad. Se decide conducta expectante ante un primer episodio de crisis. Tras un segundo episodio se inicia tratamiento con oxcarbamazepina y se solicita estudio de neuroimagen. En la RMN se aprecia un cavernoma parietal izquierdo cortico-subcortical de 1 cm de diámetro. La respuesta al tratamiento es buena con un período de 4 meses sin nuevos episodios ni signos sugerentes de sangrado agudo. Con estos hallazgos fue valorado por el servicio de neurocirugía, dada la buena evolución clínica y el riesgo de hemiparesia secundaria a la intervención quirúrgica por la localización de la lesión, se optó por tener una actitud conservadora.

Conclusiones. Los angiomas cavernomatosos son lesiones raras, tienen una incidencia aproximada 0,4-0,8%. El 80% son de localización supratentorial, especialmente en el lóbulo temporal, seguido de la sustancia blanca hemisférica y periventricular. Existe asociación familiar en el 30-50% de los casos. La mayoría de los cavernomas son sintomáticos, sin embargo hasta un 20% son un

hallazgo casual. El síntoma más frecuente de los cavernomas supratentoriales son las crisis epilépticas, que se suelen producir por el halo de hemosiderina que rodea la lesión.

Generalmente, se manifiesta como crisis parciales que generalizan, también pueden ser crisis parciales complejas o simples. El tratamiento quirúrgico está indicado en las lesiones con alto riesgo de sangrado o con crisis de difícil tratamiento.

22. ASPECTOS ÉTICOS EN LA RELACION CLÍNICA CON EL ADOLESCENTE. ENCUESTA DE OPINIÓN.

Sánchez Jacob M¹, Riaño Galán P², Martínez González C³.
¹Centro de Salud La Victoria. Valladolid. ²Hospital San Agustín. Avilés. ³Centro de Salud Parla. Madrid.

Objetivos. Conocer la opinión de los médicos en la relación clínica con los adolescentes en algunos aspectos relacionados con el menor de la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente (LBAP).

Material y métodos. Estudio multicéntrico, transversal mediante encuesta anónima dirigida a médicos de Castilla y León, Asturias y Madrid. La encuesta consta de 13 preguntas de una sola opción elegible, dirigidas a evaluar conocimientos, comportamientos y actitudes de los médicos en la relación clínica con adolescentes. El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico Epi Info 6 y *Graphpad soofware* (Graphpad.com). Para comparar las proporciones se ha utilizado el test de chi cuadrado.

Resultados. La encuesta la responden 400 médicos (195 de Castilla y León, 106 de Asturias y 99 de Madrid). Los conocimientos acerca de la Ley 41/2002 en lo referente al menor son escasos: sólo un 25,3% de los encuestados refiere saber cual es la mayoría de edad sanitaria y tan solo el 9% conocen los supuestos clínicos que modifican dicha edad. La teoría del menor maduro la conocen en profundidad el 8,5% y saben precisar cual es la persona responsable de valorar la madurez del menor el 34%. En relación con estos temas existen diferencias significativas entre las tres comunidades. Solicitan la firma del menor en el consentimiento informado el 23,6% y para prescribir la pildora del día después a la adolescente un 20,5%. Solo un 15,5%

conoce la obligación de comunicar a los padres la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo en una menor de edad. En cuanto a las actitudes de los médicos, el 25% afirma tener dificultad en la relación clínica con el menor, el 60,6% se siente inseguro o incómodo para mantener la confidencialidad con el menor y el 24,5% reconoce que no se encuentra capacitado para deliberar con el menor cuando existe un conflicto de intereses en materia sanitaria.

Conclusiones:

- Existe un gran desconocimiento de la Ley 41/2002 en los supuestos relacionados con el menor, aunque hay diferencias entre las distintas comunidades.
- La utilización de la firma del menor en el consentimiento informado es minoritaria.
- Un porcentaje no despreciable de médicos tienen dificultades en la relación clínica con el menor.

23. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE FARMACORRESISTENCIA EN NIÑOS CON EPILEPSIA.

Madrigal C, Llorca J, Herranz JL. Unidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Identificar precozmente factores de riesgo de epilepsia fármacorresistente en niños menores de 14 años, con los que se pueda predecir el pronóstico a largo plazo desde el comienzo de las manifestaciones clínicas de la epilepsia.

Material y métodos. En el estudio retrospectivo se incluyeron todos los niños diagnosticados de epilepsia en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria entre los años 1998 y 2002, que en el momento del diagnóstico eran menores de 14 años. Se identificaron 90 niños, ninguno de los cuales había recibido antes tratamiento antiepiléptico. Los pacientes con epilepsia intratable se incluyeron en el estudio como casos, y los pacientes bien controlados como controles. De esta forma, en nuestra serie, 21 pacientes eran farmacorresistentes (casos) y 69 estaban bien controlados (controles). En todos los niños se recogieron datos de las características del paciente, de la epilepsia y del tratamiento recibido, y se analizaron los datos con el test chi cuadrado.

Resultados. La edad media de la primera crisis fue 3 años y 9 meses en los casos y 6 años y 10 meses en los controles. La edad de inicio menor de un año fue un factor predictivo de intratabilidad estadísticamente significativo (OR: 10,50, IC: 1,06-104,2, $p < 0,01$). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de historia familiar anterior de epilepsia, antecedentes personales de convulsiones febriles, traumatismo craneal grave previo o microcefalia entre ambos grupos. Los niños con alteraciones neurológicas tenían más riesgo de padecer una epilepsia refractaria (OR: 14,39, IC: 3,57-57,95, $p < 0,001$), así como los niños con anomalías en su desarrollo psicomotor (OR: 9,59, IC 2,74-33,57, $p < 0,001$). El cociente intelectual anormal fue también un factor predictivo de mal control de las crisis (OR: 10,83; IC: 2,98-39,38, $p < 0,001$). El grupo de niños con hallazgos anómalos en la TAC o RMN tenía un riesgo 8 veces mayor de tener epilepsia refractaria (OR: 18,22; IC 3,58-92,87, $p < 0,001$). En cuanto a la etiología de las crisis, no se encontraron diferencias significativas en relación con su origen idiopático o criptogénico. Sin embargo, la etiología sintomática fue un factor predictivo estadísticamente significativo de farmacoresistencia (OR: 40,44; IC: 2,48-660,59; $p < 0,001$).

Conclusiones: 1. La mayor parte de niños con epilepsia van a estar libres de crisis en la edad adulta; 2. Nuestros resultados con análogos a los publicados en otros países desarrollados; 3. Los niños con mejor pronóstico son los portadores de epilepsias idiopáticas, con inicio de las crisis en una edad tardía y con neuroimagen normal; 4. La etiología sintomática es el factor predictivo con mayor riesgo de epilepsia refractaria; 5. De hecho, los niños con retraso mental, desarrollo psicomotor anormal y/o exploración neurológica patológica, son los que tienen peor pronóstico a largo plazo.

24. ESTUDIO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN ADOLESCENTES -INTERVENCIÓN EDUCATIVA. *Montejo Vicente M, Domínguez Aurecochea B, Fernández Fernández M, Brun Gurpegui E, González Guerra L, Suárez González A. Centro de Salud de Otero. Oviedo. Asturias.*

Introducción. Las encuestas sobre el hábito tabáquico realizadas en la población adolescente en los últimos

años, muestran un aumento progresivo de su consumo y una disminución en la edad de comienzo. A pesar de instaurarse campañas de prevención y sensibilización, las ventas en Asturias han aumentado en el 1º trimestre del 2007 respecto a las del mismo período del 2006. En el marco de un Programa de Educación para la Salud en el ámbito escolar, llevado a cabo entre el Centro de Salud de Otero y el Colegio Santo Ángel, los profesores manifestaron su preocupación por el aumento del porcentaje de fumadores, así que se planificó una intervención de apoyo desde el sector sanitario.

Objetivos. Conocer la incidencia y características epidemiológicas de la población fumadora entre los adolescentes, así como las actitudes y habilidades manifestadas para su rechazo. Mejorar los conocimientos de los chicos respecto a las consecuencias del hábito tabáquico.

Método. Realización de una encuesta y desarrollo de un taller antitabaco entre 170 alumnos de Educación Secundaria, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

Intervención educativa. Taller teórico-práctico con trabajo en pequeños grupos aportando información, experimento y conocimiento de las creencias e influencias que condicionan su actitud frente al tabaco.

Resultados. De los 170 alumnos estudiados, 52,6% eran varones y 47,4%, mujeres, con una media de edad de 14,45 años (1,48 DS). Solo el 3,6% lo consideran bueno, a diferencia con el 80,3% que piensa todo lo contrario. El 51,1% dice no haberlo probado nunca, mientras que el 19% reconoce fumar ocasional o habitualmente. La edad media a la que por primera vez lo probaron fue los 11,6 años (2,41 DS), con una edad mínima de 5 años y máxima de 16. En su entorno habitual, en un 48,9% fuma el padre, el 38% la madre, el 21,9% los abuelos y en 70,1% fuman los amigos. Al preguntarles sobre si las personas que fuman en su casa lo hacen cuando ellos están presentes, el 32,1% lo hace siempre o frecuentemente, el 33,6% lo hace de forma ocasional y sólo el 21,9% se abstiene de fumar en su presencia. Entre las influencias que refieren a la hora de comenzar a fumar están los amigos y el entorno ambiental, seguido de la publicidad y medios de comunicación. Como influencias para no fumar sitúan a la familia y los problemas de salud derivados.

Conclusiones. Se confirma la sospecha del inicio temprano en el hábito de fumar con una edad media de 11 años y medio, muy inferior a la comunicada por el observatorio

español sobre drogas (13,2 años). Es llamativo el alto porcentaje de fumadores pasivos y la salud ocupa el primer lugar en sus motivaciones para no fumar. A destacar la utilidad de este trabajo para diseñar futuras intervenciones educativas dirigidas a toda la comunidad escolar: profesores, padres y chicos.

25. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE WEST. *Montejo Vicente M, Crespo Hernández M, Villanueva Gómez F, De Juan Frigola J, Málaga Diéguez I. Servicio de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Centro Materno Infantil. Oviedo, Asturias.*

Introducción. El síndrome de West (SW) representa una de las formas de epilepsia más grave que puede acontecer en la edad infantil, ocupando quizás el segundo lugar de gravedad tras la epilepsia mioclónica severa de la infancia. Se define como la presencia de espasmos infantiles, acompañados de detención y/o regresión del desarrollo psicomotor, junto con un patrón electroencefalográfico hipsarrítmico. La mayoría de los pacientes sufren un pobre desarrollo neurológico, retraso mental y otras discapacidades neurológicas.

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas y electroencefalográficas, así como el tratamiento empleado en los pacientes con SW.

Material y método. Estudio retrospectivo de una serie de 31 pacientes con SW diagnosticados en el HUCA, en los cuales se analizó la edad, sexo, factores etiológicos, clínica neurológica al diagnóstico, y tratamiento empleado.

Resultados. De los 31 pacientes estudiados, el 51,6% eran varones y el 48,4% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 7,23 meses (2-17 meses). Se clasificaron como idiopáticos un 6,4%, criptogénicos el 35,5% y sintomáticos 58,1%, obedeciendo estos últimos en un 22,6% a una causa disgénica, el 19,3% a una hipoxia-isquemia y el 12,9% a un origen hemorrágico. En el 55% de los casos criptogénicos se registró el antecedente de la vacuna DTT. En un 77,4% debutaron con espasmos en flexión y un 16,1% en extensión, con una exploración neurológica alterada en un 68% y en un 61,3% sin otras crisis acompañantes (las más frecuentemente descritas fueron las crisis tónicas en un 25,6%). Un 64,5% presentó un patrón hipsarrítmico típico, segui-

do de la hipsarritmia asociada a un foco (19,4%) y la asimétrica (9,7%). Tras el tratamiento, el EEG sólo se normalizó en un 6,5%, persistiendo en un 77,4% un foco irritativo. El tratamiento con ACTH se empleó en un 75%, bien de forma aislada o asociado a otros fármacos (el más frecuente fue con el ácido valproico en un 32,3%). En el resto, se utilizó la vigabatrina (3,2%), ácido valproico (9,7%) o su asociación (9,7%). En un 22,6% se describieron efectos secundarios y en todos estos casos se había empleado la terapia hormonal.

Conclusiones. El SW acontece principalmente en la época de lactante. La disminución del diagnóstico de casos idiopáticos parece estar relacionada con la mejoría de las técnicas empleadas. Hay que analizar con cautela la aparente relación con la vacuna DTT, ya que puede tratarse de una mera relación témporo-espacial. Es difícil establecer cual es el tratamiento idóneo debido a la gran variabilidad de fármacos y pautas empleadas, teniendo en cuenta también la falta de ensayos clínicos bien diseñados y con un número suficiente de pacientes.

26. EXPERIENCIA CON LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. IMPACTO SOBRE EL EMPLEO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL. *Mayor-domo Colunga J, Medina Villanueva A, Rey Galán C, Los Arcos Solas M, Concha Torre A, Menéndez Cuervo S. Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Objetivos. Estudiar las características clínicas de los pacientes en los que se utilizó ventilación no invasiva (VNI) y la eficacia de la misma. Observar la relación con el uso de ventilación mecánica convencional (VMC) en los últimos años.

Pacientes y métodos. Se registraron los pacientes que recibieron ventilación mecánica y/o no invasiva en dos periodos: 2000-2003 y 2004-2007 en nuestra Unidad. Los datos de VNI se recogieron prospectivamente durante 3 años y estos episodios de VNI se clasificaron en hipoxémico, hipercápnico y postextubación. Asimismo, se recogieron datos epidemiológicos y se analizaron frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y FiO₂ al inicio de la VNI y a las 6

horas. El éxito de la VNI se definió como la mejoría del cuadro respiratorio sin necesidad de intubación endotraqueal.

Resultados. En el período 2000-2003 recibieron VMC 30,8% de los pacientes ingresados y VNI un 4,3%, mientras que entre 2004-2007 el 21,7% recibió VMC por un 14,5% VNI ($p < 0,05$). En cuanto a los datos de VNI, se recogieron un total de 119 episodios (93 pacientes), con un éxito global del 81,5% y una mediana de edad de 12,2 meses (rango 0,5-195,4). Las causas más frecuentes de IR fueron: neumonía, bronquiolitis y asma. El 54% de los pacientes tenían una enfermedad de base (enfermedad neuromuscular, inmunodeficiencia, enf. pulmonar restrictiva, cardiopatía) o la IR se dio en el contexto de una sepsis. En todos los casos excepto en uno se emplearon respiradores específicos de VNI, con mascarilla nasobucal como interfase más frecuente. Se precisó midazolam en perfusión continua en el 51,3%, y se administró alimentación enteral en el 40%, oral en 18% y oral+enteral en 5%. No hubo complicaciones en el 80,7%, en 16% lesión cutánea no grave, 2,5% escape aéreo y 0,8% sangrado de vías altas. Fallecieron 5 pacientes, en ningún caso en relación con el empleo de la VNI. A las 6 horas del inicio de la VNI la FC disminuyó de $155,8 \pm 33,4$ lpm a $131,8 \pm 24,6$ ($p < 0,05$) y la FR de $49,7 \pm 19,3$ rpm a $34,4 \pm 10$ ($p < 0,05$), y la FiO_2 administrada bajó de $0,41 \pm 0,21$ a $0,38 \pm 15,6$ ($p < 0,05$). Los grupos hipoxémico ($N = 29$), hipercápnico ($N = 64$) o postextubación ($N = 26$) tuvieron un éxito respectivamente de 72,4%, 92,2% y 65,4% ($p = 0,004$).

Comentarios. La utilización de la VNI en nuestra Unidad está aumentando al tiempo que el uso de VMC se reduce. En nuestra experiencia, la VNI es una técnica ventilatoria con un alto porcentaje de éxitos, incluso en niños muy pequeños, y con escasas complicaciones importantes. Los pacientes con mayor probabilidad de éxito con la VNI son los que padecen una insuficiencia respiratoria de tipo hiper-cápnica.

27. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EMERGENTES (FRCV) EN NIÑOS HIPERTENSOS: CREACIÓN DE UN PATRÓN DE RIESGO, BASE DE LA PREVENCIÓN. *Labra R, Díaz JJ¹, Málaga S, Somalo L², Zapico M³, Diéguez MA³. Servicio de Pediatría e ³Inmunología. Hospital Universitario Central de Asturias. ¹Hospital de San Agustín. ²Atención Primaria del Área V.*

Introducción. En los últimos años se ha visto un aumento de los casos de hipertensión (HTA) infantil asociada al aumento de la obesidad en niños. Constituye un predictor de riesgo de HTA en la edad adulta, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico temprano. Recientemente ha tomado auge la determinación de los denominados FRCV emergentes, Proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) y adiponectina, aunque su papel en la génesis de la HTA aún no está claro.

Objetivos. Estudiar los FRCV emergentes en pacientes hipertensos pediátricos y compararlo con individuos normotesos obesos y no obesos.

Metodología. Se estudiaron 54 pacientes de ambos sexos distribuidos en tres grupos: Grupo A: 14 pacientes con HTA; Grupo B: 12 pacientes normotesos obesos y/o con sobrepeso; Grupo C: 28 pacientes normotesos no obesos. Tras 12 horas de ayuno se realizó extracción sanguínea y se analizaron los valores de PCR-us determinada por nefelometría y adiponectina determinada por técnica ELISA. Se aplicaron técnicas estadísticas de análisis descriptivo y ANOVA de una vía para la comparación de medias.

	Controles	Obesos	Hipertensos	p
PCR-us (mg/l)	$0,65 \pm 1,34$	$1,74 \pm 2,14$	$1,41 \pm 1,17$	0,001
Adiponectina ($\mu\text{g/ml}$)	$18,93 \pm 7,58$	$18,01 \pm 7,73$	$9,89 \pm 2,58$	0,001

Resultados. El grupo de hipertensos presentó valores de adiponectina significativamente más bajos que los grupos de obesos y controles. Asimismo, el grupo control presentó valores de PCR-us significativamente más bajos que los de los grupos de obesos e hipertensos. No se observaron diferencias significativas en los valores de PCR-us entre estos dos últimos grupos. Dichas diferencias persistieron sin significación estadística tras ajustarlas por edad, sexo e IMC.

Conclusiones. Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con los más recientes que relacionan niveles elevados de PCR-us y bajos de adiponectina con obesidad y riesgo de HTA. Sería necesario realizar un estudio más amplio que confirme dichos resultados. Ésto permitiría la creación de un patrón clínico-biológico de ries-

go de desarrollar HTA que propiciaría la creación de un programa de prevención cardiovascular haciendo hincapié en los factores de riesgo tanto clásicos como emergentes.

SÁBADO 3 DE NOVIEMBRE, SALA 1

Moderadores: Francisco J. Fernández, Fernando Malmierca

28. FACTORES DE RIESGO DE REINGRESO TRAS UN PRIMER EPISODIO SIBILANTE EN LOS LACTANTES.

Fernández Fernández EM, Fernández Díaz M, Fernández Menéndez JM, Morán Poladura M, Suárez Castañón C, Málaga Guerrero S¹. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El haber padecido durante la época del lactante un episodio de sibilancias es un factor de riesgo para desarrollar episodios recurrentes posteriores y en algunos casos asma persistente. Predecir que niños van a tener recidivas frecuentes no siempre es fácil.

Objetivos. Establecer cuales son los factores de riesgo de reingreso de los episodios sibilantes en la época del lactante.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo. Se incluye a todos los niños < 2 años ingresados en el hospital de Cabueñes por primer episodio de dificultad respiratoria de vías bajas desde 1/2/06 al 31/1/07. Se completa protocolo de estudio consistente en variables epidemiológicas y parámetros evolutivos a lo largo del ingreso. Se establece un tiempo de observación hasta el 31/05/2007 en que se anota los reingresos en nuestro hospital por dificultad respiratoria de vías bajas.

Resultados. Reingresaron 24 pacientes. En el grupo de niños que reingresaron hubo más porcentaje de mujeres (reingreso: 58,3%; no reingreso: 36,7%) y de padres fumadores (reingreso: 78,3%; no reingreso: 52,8%). Aunque no resultó significativo también hubo mayor porcentaje de madres que habían fumado durante el embarazo. En el grupo que reingresó se encontraron más atelectasias en la radiografía de tórax (reingreso: 21,1%; no reingreso: 14,3%) y más porcentaje de tratamientos antibióticos durante el ingreso y al alta. El grupo que rein-

gresó presentó una estancia hospitalaria más prolongada (reingreso: 7,2 días; no reingreso: 4,6 días) y más porcentaje de niños que precisaron tratamiento en una unidad de cuidados intensivos. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a la edad, al porcentaje de niños prematuros, el tipo de lactancia al nacimiento ni los antecedentes familiares de atopia.

Conclusiones. Nuestros datos confirman que el tener padres fumadores se relaciona con riesgo de reingreso aumentado. Según nuestro estudio, también se relacionan con el reingreso el sexo femenino y haber tenido un primer episodio de estancia hospitalaria prolongada. No hemos encontrado relación entre el reingreso y los antecedentes familiares de atopia positivos.

29. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS PRONÓSTICOS DE MALA EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS SIBILANTES DEL LACTANTE.

Fernández Fernández EM, Fernández Díaz M, Fernández Menéndez JM, Morán Poladura M, Melgar Pérez J, Málaga Guerrero S¹. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los episodios sibilantes en la época del lactante son una patología muy frecuente. Predecir al comienzo del episodio el tipo de evolución del episodio agudo es difícil en niños sanos. Sería de gran utilidad disponer de un marcador bioquímico que nos orientase sobre el pronóstico. Algunos artículos hablan del papel que en este sentido podría jugar la troponina I; aunque la bibliografía sobre el tema es muy escasa.

Objetivos. Conocer los grupos de riesgo de mala evolución y la posible implicación de la troponina como marcador de gravedad.

Material y métodos. Estudio prospectivo de cohortes. Se incluye a niños < 2 años ingresados en el hospital de Cabueñes por primer episodio de dificultad respiratoria de vías bajas desde 1/2/06 al 31/1/07. Se completa protocolo de estudio consistente en variables epidemiológicas y parámetros evolutivos a lo largo del ingreso. Se compara a los grupos VSR+ con VSR-, y < 6 meses con > 6 meses. Se determinaron los niveles de troponina I por técnica de inmunoensayo.

Resultados. La media en la escala de Wood-Downes modificada por Ferrés al ingreso en VSR + fue 0,5 puntos superior a la de los VSR -. En el peor momento de evolución los VSR + tuvieron 1,3 más de media en la escala que los VSR -. Días de ingreso en VSR +6,3, en VSR -4,6; necesidad de oxigenoterapia en 62,2% de los VSR + frente a 34% de los -. Los menores de 6 meses ingresaron menos graves pero tuvieron una evolución peor que los mayores de 6 meses. Más días de ingreso (5,8 frente a 3,6); más oxígeno suplementario (49,5% frente a 34,8%). 9/10 de los que precisaron tratamiento intensivo eran menores de 6 meses. Conocemos los valores de troponina en 36 pacientes. Tres presentaban valores elevados (> 0,1 ng/ml). Dos de ellos (67%) presentaban mala evolución, frente a un 38% de los que tenían valores normales. La media de peor puntuación en la escala de Wood-Downes modificada por Ferrés en el grupo de valores elevados fue de 8,3, en el de valores normales fue de 6,6. Un paciente con troponina elevada requirió tratamiento intensivo.

Conclusiones. Pertenecer a los grupos VSR + y menor de 6 meses son factores de riesgo para padecer un episodio de evolución tórpida. Los VSR positivos presentan el peor momento de evolución una vez ingresados y comenzado el tratamiento. Los menores de 6 meses ingresan menos graves pero evolucionan peor. Sería muy interesante realizar estudios más amplios que evaluaran el valor pronóstico evolutivo de la troponina en las bronquiolitis.

30. FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA LEPTOSPIROSIS. *Miñones Suárez L¹, Ramos Polo E¹, Martín MA, Bousoño García C, Telenti M².* ¹Departamento de Pediatría. ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivo. Presentar el caso de una infección por leptospira. La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial que afecta a animales salvajes y domésticos. El hombre se infecta al entrar en contacto con éstos (roedores, perros, ganado ovino, bovino, porcino) o con agua o terrenos húmedos contaminados con la orina del reservorio. Existen dos formas clínicas principales, una leve anictérica y una forma icterohemorrágica o enfermedad de Weil, de curso fulminante. El diagnóstico se establece con la detección de anti-

cuerpos en presencia de una clínica compatible y el tratamiento de elección es la penicilina y la doxiciclina.

Material y métodos. Presentamos el caso de una niña de 10 años que acudió a nuestro centro por presentar un síndrome febril de 48 horas de evolución, acompañado de escalofríos, anorexia, dolor abdominal y 2-3 deposiciones diarreicas escasas. La paciente se encontraba postrada y ligeramente obnubilada. En las determinaciones analíticas realizadas se constató leuco y trombopenia. Aunque la sospecha diagnóstica inicial fue una salmonelosis, el empeoramiento clínico posterior de la paciente, con la aparición de ictericia marcada, hepatoesplenomegalia y derrame pleural hizo reorientar el caso. Una exploración física completa mostró la presencia de una adenopatía axilar y se demostraron los antecedentes de contacto con animales domésticos en un ambiente rural en las 3 semanas previas al inicio de los síntomas. Con todos estos datos, se inició antibioterapia con doxiciclina en espera de los resultados de las pruebas serológicas.

Resultados. Fueron descartadas en primer lugar las principales hepatitis virales (VHA, VHB y VHC) y enfermedades hepáticas autoinmunes. Se obtuvieron títulos altos de anticuerpos IgM contra bacterias del género leptospira, confirmado posteriormente en nueva muestra. Tras las primeras dosis de tratamiento con doxiciclina, la mejoría clínica y analítica de la paciente fue muy llamativa, con la normalización del hemograma y de las pruebas de función hepática.

Conclusiones. Un síndrome febril puede ser la única manifestación inicial de una zoonosis. Las enfermedades transmitidas por espiroquetas (sobre todo del género borrelia y leptospira) deben entrar en el diagnóstico diferencial de todo síndrome febril acompañado de ictericia. Dada su escasa incidencia, una anamnesis completa y una orientación diagnóstica adecuada son vitales para establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz.

31. HEMICEREBELITIS POR ENTEROVIRUS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON VÍDEO Y NEUROIMAGEN. *Bernardo Fernández B¹, Álvarez Caro F², Labra Álvarez R², López Roger R³, Málaga Diéguez I¹.* Departamento de Pediatría². Unidad de Neuropediatría¹. Servicio de Radiodiagnóstico³. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Principado de Asturias.

Introducción. La hemocerebelitis es un trastorno infrecuente que consiste en una inflamación del cerebelo que afecta a un hemisferio, con una clínica de ataxia de predominio unilateral y que ha sido descrito previamente sólo en ocho ocasiones.

Material y métodos. Se presenta el caso de una niña de 5 años que debuta con fiebre de 39 °C, vómitos y deposiciones blandas. A las 24 horas se le diagnostica faringoamigdalitis aguda y se inicia tratamiento con macrólido oral. Un día después comienza con mareos, pérdida de conciencia y un episodio de rigidez generalizada con desviación ocular de segundos de duración, por lo que se ingresa en su Hospital Comarcal. Posteriormente presenta otros dos nuevos episodios convulsivos. EEG, fondo de ojo, analítica de sangre y orina: normales. Serología Paul-Bunell negativa.

Ante la persistencia de la clínica se traslada a la Unidad de Neuropediatría del HUCA para completar estudios y realizar diagnóstico etiológico. Se realizan: analítica sanguínea, bioquímica de LCR, EEG, EMG y VCN: normales; cultivo de LCR positivo para enterovirus, y RM cerebral con hiperintensidad en T2 y FLAIR en hemisferio cerebeloso izquierdo. No presentó nuevos episodios comiciales. Evolución lentamente positiva, persistiendo al alta dismetría de extremidad superior izquierda y marcha atáxica sin otra clínica.

En controles posteriores se constata desaparición total de la clínica a los cuatro meses. En la RM cerebral, cuatro meses después del inicio del cuadro, se aprecia atrofia del hemisferio cerebeloso derecho e hipercaptación en dicha zona en las secuencias de difusión.

Conclusiones. La hemocerebelitis es una entidad rara que ha de incluirse en el diagnóstico diferencial de las ataxias agudas. La RM es la prueba básica, por valorar mejor la fosa posterior. La atrofia cerebelosa posterior se observa en algunos pacientes, si bien no implica alteraciones motoras. La evolución posterior suele ser buena.

32. HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA EN NEONATO DE 22 DÍAS. *Blanco Lago R, Costa Romero M, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Montejo Vicente M, González Jiménez D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La hemorragia intracraneal en el recién nacido a término constituye una entidad poco frecuente. Dadas las graves consecuencias que puede provocar es importante reconocer los signos de alarma e instaurar un tratamiento precoz.

Caso clínico. Lactante de 22 días de vida previamente sano acude a nuestro Servicio de Urgencias cuadro de clonías de extremidades superiores y movimientos de masticación precedidos de llanto agudo tras la toma y vómitos. Asocia marcada palidez. Los movimientos clónicos descienden a las extremidades inferiores, quedando rígido momentáneamente. Durante todo el episodio se observan cianosis y mirada perdida.

No existen antecedentes familiares ni personales de interés. El parto transcurrió sin incidencias.

En la exploración física destaca la irritabilidad y un reflejo de Moro hiperdinámico con temblor a la manipulación que cede con el contacto. Resto de exploración es normal.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, Rx craneal, Hemocultivo, Sistemático, sedimento y tóxicos en orina y estudio cardiológico que resultaron normales. En la punción lumbar se observa un líquido muy hemorrágico asociado a hiperproteinemia (1.146 mg/dl) con tendencia a la hipoglucoorraquia (50 mg/dl, glucemia de 135 mg/dl). El EEG evidencia un foco de carácter irritativo-lesivo en la región centrottemporal de hemisferio derecho que se va atenuando en controles posteriores. La ecografía cerebral muestra una hemorragia subependimaria bilateral y hemorragia intraparenquimatosa con afectación de los ganglios de la base derechos con áreas de necrosis que sugieren cierta evolución. La RMN y AgioRMN confirman la existencia de un hematoma intraparenquimatoso abierto a ventrículos, localizado a nivel de núcleos de la base en la porción posterior en región tálamo-caudada que no presenta aumento de la vasculatura, no observándose imágenes sugerentes de malformación arterio-venosa subyacente.

Durante su ingreso se mantiene asintomática siendo la exploración neurológica rigurosamente normal. Se pauta fenobarbital ante la existencia de un foco en el EEG, sin volver a presentar episodios convulsivos. Al ingreso se le pautó antibioterapia empírica que se suspende ante controles analíticos negativos y buen estado clínico. Presenta fiebre de origen central. La paciente presentó una buena evolución

clínica hasta el alta, encontrándose ahora pendiente de evaluación de las posibles secuelas neurológicas.

Conclusiones. En la cuarta parte de los casos de hemorragias cerebrales en recién nacido a término no se consigue identificar la causa. La mayoría de los casos (63%) asocia a hemorragias talámicas lo que empeora notablemente el pronóstico. Un neonato a término, sin ningún antecedente de riesgo y aparentemente sano puede presentar ésta grave entidad que debemos saber reconocer y tratar.

33. HIPERTRANSAMINASEMIA A ESTUDIO: HEPATITIS TÓXICA. Mata Zubillaga D, Prieto Espuñes S, Iglesias Blázquez C, Rosón Varas M, Ferrero de la Mano LM, Herrero Mendoza B. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de León.

Niña de siete años que es remitida desde consulta de neurología infantil por hipertransaminasemia progresiva (GOT: 2422 UI/L, GPT: 2207 UI/L) y tiempo de protrombina disminuido (59%), sin presentar sintomatología acompañante. En la exploración física al ingreso presenta un soplo vibratorio I-I/VI en 4º espacio paraesternal izquierdo, hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo (tdd), subictericia conjuntival y molestia a la palpación en hipocondrio derecho. Ha estado ingresada tres veces por convulsiones afebriles y está en tratamiento con valproato (300 mg/24 h), presentando unos niveles en suero de 65,0 µg/ml (N: 50-100).

Se modifica el tratamiento antimicrobiano, pautando carbamazepina (50 mg/12h) y se solicita ECG, que es normal, y ECO abdominal en la que se ve engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y líquido libre abundante en Douglas.

Según los hallazgos de laboratorio, exploratorios y los estudios de imagen se realiza el diagnóstico de hepatitis.

Permanece clínicamente estable hasta el sexto día, cuando la madre refiere que presenta orinas colúricas y prurito ocasional. Se observa ictericia cutánea generalizada y la hepatomegalia es de 3 tdd. Estos hallazgos coinciden con una elevación de la bilirrubina total a expensas de la bilirrubina directa. Se solicita en este momento TAC abdominal, encontrando edema periportal y engrosamiento de la pared de la vesícula biliar.

Los niveles de GOT, GPT y ALT descienden progresivamente durante el ingreso, al igual que los niveles de bilirrubina a partir del sexto día. El tiempo de protrombina se

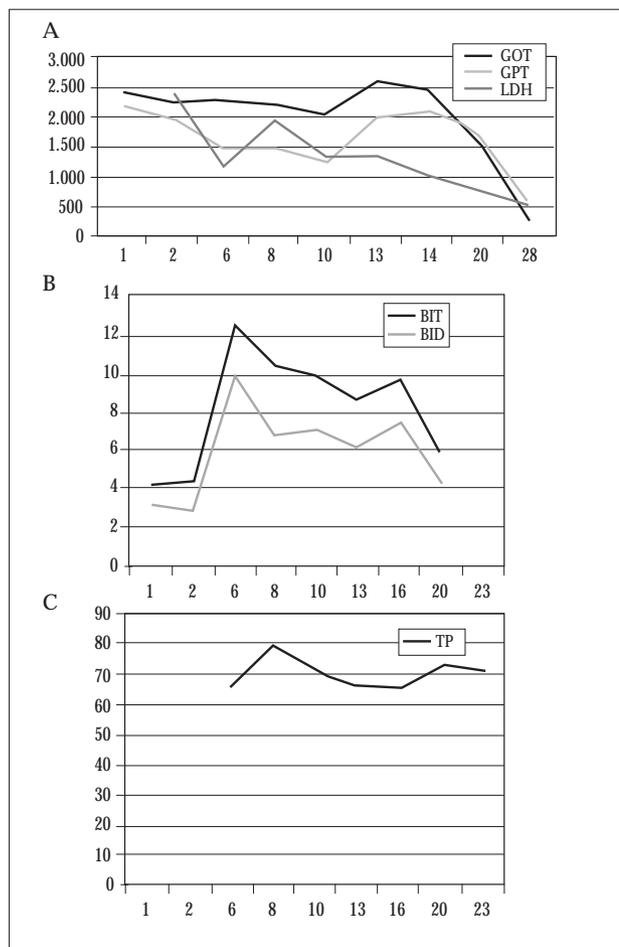


Figura 1.

mantiene en un rango de valores normales. El 13º día de ingreso presenta una elevación de los niveles de hierro (149 µg/100), ferritina (332,4 ng/ml), colesterol total (149 mg/100) y triglicéridos (332,4 mg/100) (Fig. 1).

El día 20 de ingreso se decide el alta. La paciente se encuentra asintomática, sin coluria ni prurito y con buen estado general. En la exploración física presenta una leve ictericia y hepatomegalia de 2 tdd. Se modifica nuevamente el tratamiento antimicrobiano, pautando fenobarbital (75 mg/12 h).

Es remitida a consulta de digestivo infantil, donde acude a revisión ocho días después (día 28). Permanece asintomática. Se realiza control analítico, observándose un descenso de los niveles de GOT, GPT, ALT, hierro, ferritina, colesterol total y triglicéridos, y permaneciendo el tiempo de protrombina en un rango normal.

SÁBADO 3 DE NOVIEMBRE, SALA 2Moderadores: *Fernando Centeno, Venancio Martínez***34. INFECCIÓN URINARIA NEONATAL: ETIOLOGÍA Y ANTIBIOGRAMA EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA V DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.***Fernández Díaz M, Fernández Fernández EM, Morán Poladura M, Suárez Castañón C, Solís Sánchez G, Málaga Guerrero S. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. La infección de orina (ITU) en el período neonatal es una enfermedad frecuente y potencialmente grave. El conocer la etiología y el espectro de sensibilidades antibióticas es importante para un manejo adecuado.

Objetivo. Analizar la etiología de las ITUs y el espectro de sensibilidades antibióticas en nuestro medio por grupos bacteriológicos y evolutivamente durante el periodo 1996-2006.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los neonatos ingresados en H. Cabueñes entre 1996-2006. Valoración y comparación de etiología y antibiograma en:

1. Global de la serie.
2. Grupo *E.coli* vs no-*E.coli*
3. Período 01.01.1996-30.06.2001 frente a 01.07.2001-31.12.2006

Resultados. En el periodo a estudio se diagnosticaron 106 ITUs neonatales: 83 por *E.coli* y 23 por gérmenes no-*E.coli*. Al analizar el espectro global de sensibilidades antibióticas, los más activos fueron la gentamicina con tasas de 93,2% y la cefotaxima (91,3%) y el menos activo la ampicilina (41%). En las ITUs por *E. coli* los más activos fueron amoxicilina-clavulánico (98,8%) y cefotaxima y gentamicina (97,6%). En las causadas por no-*E.coli* encontramos mayor resistencia para todos los fármacos, siendo el más activo la gentamicina (76,25%), con diferencias estadísticamente significativas respecto a las causadas por *E.coli* excepto para la ampicilina que tiene alta resistencia en ambos grupos (43,9 y 30,4%, respectivamente). La combinación farmacológica más activa a nivel general y en el análisis por grupo de gérmenes fue la ampicilina más gentamicina. En la comparación de periodos no encontramos diferencias significativas en la etiología siendo *E. coli* el más frecuente con tasas de 75 y 78,8% en primer y segun-

do período respectivamente, ni en el espectro de sensibilidades antibióticas siendo la gentamicina con tasas de 91,7 y 94% y la cefotaxima con 91,7 y 91% las más activas y la ampicilina la más resistente. Considerando las ITUs por *E.coli* en ambos periodos los más activos fueron amoxicilina-clavulánico y cefixima (100 y 98%) seguidos de cefotaxima (96,4 y 98,1%) en primer y segundo periodos respectivamente sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. Las ITUs por gérmenes no-*E. coli* muestran una mayor resistencia antibiótica a los tratamientos empíricos habituales siendo los más activos en ambos la Cefotaxima y Gentamicina. Al contrario de otras series no encontramos mayores resistencias antibióticas dentro del grupo *E. coli* en los últimos años de estudio.

35. LA REALIDAD DE LOS COMEDORES ESCOLARES EN CASTILLA Y LEÓN.*Alonso Franch M¹, Redondo MP², de Mateo B², Marugán JM¹, Ojeda B², Calvo C¹. Departamento de Pediatría. Áreas de ¹Pediatría y de ²Nutrición. Universidad de Valladolid.*

Objetivos. Conocer la realidad de los comedores escolares de CyL, estudiando el papel que pudiera desempeñar el pediatra

Material y métodos. 472 comedores escolares públicos (CE) de las 9 provincias de CyL, donde comen 32.180 niños. Se analizan las planillas de los menús: variedad de grupos de alimentos y de éstos dentro del mismo grupo; rotación de los platos y de las técnicas culinarias; tamaño de raciones. Se realizan visitas directas (durante la comida) a una muestra aleatoria de 283 CE con 17.043 usuarios. Catalogamos los comedores de acuerdo a un cuestionario autoelaborado (*Comes*) en el que se analizan y puntúan 15 ítems. Recogimos la relación usuario/cuidador y la asistencia a los niños con patologías que requirieran modificación del menú (excluyendo los centros de educación especial).

Resultados. El patrón de oferta en los CE es adecuado, pero, como ocurre en otros estudios nacionales de hábitos de consumo detectamos aporte excesivo de carnes y derivados cárnicos ($X = 2,01 + 1,04$ raciones respectivamente) a costa del pescado ($X = 1,27$), escasa oferta de legumbres

($X = 1,15$) y de guarniciones de verdura/hortaliza, por el contrario existe una mayor oferta de pasta/arroz. A través del cuestionario *Comes*, la calidad del menú se cataloga como buena en total de los CE (puntuación 8-12). En las visitas encontramos 428 niños con necesidades especiales (2,5%), siendo las alergias alimentarias (proteínas vacunas, huevo, pescado, legumbres...) las más prevalentes (255 niños). Le siguen la E. celíaca (42 niños), la diabetes (16) y otras. Detectamos deficiencias en su diagnóstico y en su atención en el CE.

Conclusiones.

1. Los CE públicos de CyL se catalogan nutricionalmente de buenos.
2. En la mayoría de ellos no se controla el tamaño de las raciones.
3. Los niños que requieren modificaciones dietéticas acuden escasamente al comedor escolar
4. En ocasiones, las adaptaciones a dichas patologías no son adecuadas.
5. Claramente se necesita la intervención del pediatra en el diagnóstico y prescripciones dietéticas de los niños con patologías crónicas en los comedores escolares.

36. MENINGITIS POST-TRATAMIENTO CON GAMMAGLOBULINA INTRAVENOSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MENINGITIS ASÉPTICA EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI. *Fernández Díaz M, Fernández Fernández EM, García Normiella B, Morán Poladura M, Melgar Pérez J, Suárez Castañón C. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Objetivo. La meningitis aséptica ha sido descrita como un posible efecto secundario a la administración de gammaglobulina. Se comunica el caso de un paciente con enfermedad de Kawasaki que presentó esta rara complicación, que creemos de interés por las consideraciones en el diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Varón de 5 años y 8 meses ingresado en nuestro servicio por cuadro febril prolongado con criterios clínicos de enfermedad de Kawasaki, por lo que se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) a 30 mg/kg y gammaglobulina intravenosa (2 g/kg). A las 7 horas de la finalización de este tratamiento, el paciente inicia de forma

brusca cefalea intensa con fonofobia y fotofobia, vómitos y alteración de la conducta manifestada por irritabilidad y agresividad. A la exploración presentaba regular estado general, con rigidez espinal y signos meníngeos positivos. En el análisis de LCR presentaba pleocitosis (820 leucocitos con 89% PMN) con glucosa y proteínas normales. El examen de fondo de ojo y TC craneal fueron normales. Ante este cuadro compatible con meningitis, se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa. La evolución del paciente es favorable, encontrándose a las 12 horas afebril, asintomático y con excelente estado general. Dada las características de líquido, la evolución clínica y la negatividad de cultivos se sospecha meningitis aséptica secundaria a la administración intravenosa de gammaglobulina por lo que se suspende el tratamiento antibiótico. El paciente evolucionó favorablemente, y fu dado de alta tras completar los estudios de enfermedad de Kawasaki con tratamiento domiciliario con AAS.

Conclusiones. El interés de este caso reside en recordar que aunque es infrecuente, es posible la meningitis aséptica secundaria a la administración de gammaglobulina. Es preciso diferenciarla en esta ocasión de la meningitis aséptica de la propia enfermedad de Kawasaki. La aparición de síntomas bruscos tras la administración del fármaco y la mayor pleocitosis con claro predominio PMN en el LCR apoyan el diagnóstico.

37. MORBIMORTALIDAD EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO TRASLADADO A UN HOSPITAL DE NIVEL III. *García Llorente G, Mateos Polo M, Prieto Matos P, Carbajosa Herrero T, Benito Zaballos F, Cotrina Fernández S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Valorar la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos pretérmino (RNPT) remitidos a nuestro centro desde otros hospitales durante el período comprendido entre el 1 de 2005 hasta el 30 de junio de 2007.

Analizar las diferencias entre los recién nacidos trasladados intraútero y postnatalmente.

Material y métodos. se analizaron 114 RNPT derivados a nuestro hospital por precisar cuidados intensivos neonatales. Se estudiaron las siguientes variables: proce-

dencia, peso al nacimiento, maduración pulmonar, tipo de parto, test de Apgar, tipo de reanimación, patologías respiratoria, digestiva, hematológica, infecciosa y neurológica; y exitus. Se realizó un estudio estadístico relacionando la mortalidad de la muestra con las diferentes variables, así como un estudio comparativo entre los trasladados intraútero (grupo I) *versus* postnatalmente (grupo II). Para ello, se utilizaron el test de correlación de Pearson y el ANOVA.

Resultados. Del total de la muestra, fallecieron el 17,1% (n = 15). Las variables que se relacionaron significativamente con el *exitus* fueron: traslado postnatal, menor edad gestacional, menor peso al nacimiento, fecundación *in vitro*, test de Apgar bajo al nacimiento, reanimación tipo 4, ventilación mecánica al nacimiento y aparición de hipertensión pulmonar persistente neonatal.

El 70,2% (n = 80) de los RN estudiados fue trasladado intraútero. La media del peso al nacimiento del grupo I fue 1,45 kg \pm 0,46 st y del grupo II 1,70 kg \pm 0,84 st, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

La mortalidad del grupo I fue de 8,75% (n = 7) y del grupo II 23,52% (n = 8), encontrando significación estadística.

Con respecto al análisis de la morbilidad entre los grupos, resultaron significativas (p < 0,05): ventilación mecánica, broncodisplasia pulmonar, enterocolitis necrotizante, transfusiones y exanguinotransfusiones; presentando todos ellos mayor incidencia en el grupo I.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a patología neurológica ni infecciosa.

Conclusión. La detección y control de gestaciones de alto riesgo permitirá el traslado intraútero y con ello la disminución de la mortalidad y patología postnatal del futuro recién nacido.

38. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LEÓN, DURANTE UN AÑO. *Regueras Santos L¹, Iglesias Blázquez C¹, Ledesma Benitaz I¹, Roson Varas M¹, La Peña de Armentia S, Gutierrez P².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital de León. ²Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. Conocer los factores ambientales, formas de presentación clínica, diagnóstico etiológico, evolución, tratamientos pautados y complicaciones en niños ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en el hospital de León a lo largo de un año.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio epidemiológico, transversal, realizado en el Hospital de León entre el 1-06-05 y el 31-05-06. Se incluyen todos los niños, con edad entre 1 mes y 14 años, hospitalizados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad o bronconeumonía. Durante el ingreso se les recogieron datos demográficos, ambientales, clínicos, radiológicos, analíticos y tratamiento.

Resultados. Se analizaron un total de 78 casos (39 varones y 39 mujeres). La edad media de la muestra fue de 45,8 \pm 31,3 meses. La mayoría de los episodios se produjeron en otoño e invierno (37,2% y 29,5%). 18 pacientes (23%) presentaron una neumonía bacteriana (17 por *S. pneumoniae* y 1 por *H. influenzae*), y 5 pacientes (6,4%) presentaron neumonías atípicas (4 por *M. pneumoniae* y 1 *C. burnetii*), quedando el 70,5% sin catalogar etiología. Comparando los 2 primeros grupos no se vio ningún dato epidemiológico que mostrara de manera significativa diferencias entre ambos. Las complicaciones que presentaron fueron 2 neumonías necrotizantes por *S. pneumoniae*, 6 derrames pleurales (3 bacterianos) y 2 neumotórax (1 bacteriano).

Conclusión. La NAC o bronconeumonía en niños presenta una elevada morbilidad. El diagnóstico etiológico es una tarea difícil. El neumococo tiene un papel muy importante en estas infecciones. Las neumonías bacterianas producen complicaciones más graves.

39. RETRASO PSICOMOTOR Y STATUS CONVULSIVO: HIPERFENILALANINEMIA MATERNA NO DIAGNOSTICADA. *Conejo Moreno D, Fernández de Valderrama Gutiérrez A, Gallardo Fernández I.* Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital General Universitario General Yagüe. Burgos.

Introducción. El retraso psicomotor presenta una amplia etiología. La sospecha diagnóstica en algunos casos se basa en un fenotipo característico; otros sin embargo no presentan ningún signo diferenciador. El conocimiento de algunos

de los rasgos típicos de estas patologías es importante para el diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico. Niña de 15 meses con antecedentes de retraso de crecimiento intrauterino, microcefalia y retraso psicomotor en seguimiento, que ingresa en UCIP por cuadro de status convulsivo febril. No presenta antecedentes familiares de interés. La paciente precisa midazolam, fenitoína y ácido valproico como tratamiento anticomicial, además de tratamiento antimicrobiano, con buena evolución del cuadro. Dados los antecedentes y la clínica de la paciente se realizan pruebas diagnósticas entre las que destacan: resonancia magnética nuclear: compatible con atrofia cortical; estudio metabólico: fenilcetonuria materna.

Discusión. Los trastornos metabólicos maternos durante la gestación son causa de patología neonatal. La fenilcetonuria materna se describe como causante de retraso de crecimiento intrauterino y psicomotor, microcefalia y crisis comiciales en niños. El caso de esta paciente es peculiar dada la ausencia de síntomas maternos.

SÁBADO 3 DE NOVIEMBRE, SALA 3

Moderadores: Ignacio Málaga, José M. Marugán

40. SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO Y FASCITIS NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Barreñada Y, Cobreros P, Matías V, González M, de Castro C, Marugán JM. Servicio de Escolares. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. El síndrome de *shock* tóxico es un proceso infrecuente, agudo y grave ocasionado por una reacción a superantígenos secundaria a infecciones por *S. aureus* y en menor medida a otros *Staphylococcus*, *S. pyogenes* u otros géneros. Presentamos un caso debido a este último y que asoció fascitis necrotizante.

Caso clínico. Varón de 8 años con antecedente de crisis convulsivas, dificultad en el aprendizaje e hiperactividad. Una semana antes proceso catarral y exantema facial, 4 días más tarde fiebre de 39 °C, y 24 h antes del ingreso dolor en pierna izquierda e impotencia funcional. La exploración física mostró afectación del estado general, palidez,

y taquicardia con gran dolor a la palpación y movilización de pantorrilla izquierda. Analítica: 8.600 leucocitos con 93% de polimorfonucleares, 50.000 plaquetas/ml, y serie roja normal. PCR 287 mg/l, ferritina 1.012 ng/ml. Resto normal. Exploración vascular periférica y ECO doppler repetidamente normales. En frotis faríngeo y hemocultivo se aisló *S. pyogenes* (informado a las 48 h).

Al ingreso se instaure antibioterapia con cefotaxima y cloxacilina, a pesar de lo cual al final del segundo día se observó hipotensión arterial, se acentuó la trombopenia, polipnea con anemia, hipoproteinemia, hiponatremia y edema generalizado, hipertransaminasemia sin variación de CK y LDH, y aumento progresivo de urea y creatinina séricas. La radiografía de tórax mostró un mínimo derrame pleural laminar bilateral. A la vista de estos datos se le trasladó a la UCIP del Hospital Clínico Universitario de Salamanca donde el manejo terapéutico consistió básicamente en: antibioterapia (cefotaxima y clindamicina), diuréticos (furosemida), y transfusiones (albúmina humana, plaquetas y concentrados de hematíes) con recuperación progresiva de las funciones renal, hepática, cardíaca y respiratoria, que hizo posible el retorno a nuestro servicio cinco días después. Se asiste a gran mejoría general pero acentuación progresiva de los signos inflamatorios locales (dolor, eritema y calor con gran tumefacción y edema que desbordaba ampliamente la rodilla) y fiebre. La RMN puso de manifiesto un engrosamiento de la fascia y absceso muscular en gemelo interno con prolongación intraósea a nivel de la metafisis proximal tibial. A los 22 días de evolución se procedió al drenaje quirúrgico del absceso y curetaje óseo, lográndose la curación en pocos días. En el material obtenido no se observó crecimiento bacteriano.

Comentarios. A pesar de su rareza, el síndrome de *shock* tóxico debe incluirse en el planteamiento diagnóstico de niños con fiebre, exantema, manifestaciones sistémicas y shock, ya que su pronóstico habitualmente grave puede mejorar con el diagnóstico y tratamiento precoces.

41. SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN Y SUFRIMIENTO PERINATAL. **García Hernández I, Arroyo Hernández M, Toyos González P, Arias Llorente R, Coto Collado D, López Sastre J.** Servicio de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Descripción de un caso clínico peculiar y conocer el diagnóstico y seguimiento durante el primer año de vida del paciente con síndrome de Beckwith-Wiedemann.

Material y métodos. *Presentación del caso:* recién nacido varón que ingresa procedente de otro centro por insuficiencia renal aguda y sospecha clínica de síndrome de Beckwith-Wiedemann.

Antecedentes personales: gestación por FIV de 35+2 semanas. Diagnóstico prenatal: hidronefrosis bilateral y macrosomía fetal. Parto vaginal con expulsivo prolongado. APGAR 5/7. Somatometría y exploración física: peso, talla y perímetro cefálico \geq p90. Occipucio prominente. Macroglosia. Antehélix doble en pabellón auditivo derecho. Hemihipertrofia derecha. Hernia umbilical y defecto en los rectos anteriores. Distensión abdominal con masas palpables flancos.

Evolución: anuria desde el nacimiento y cifras crecientes de creatinina (máximo 4,9 mg/dl) y potasio (máximo 9,8 mmol/l) por lo que se decide instaurar diálisis peritoneal que se mantiene 8 días. El filtrado glomerular al alta es 10,3 ml/min/1,7 m². Como complicación de la diálisis presentó peritonitis clínica. Alteraciones hidroelectrolíticas: hiponatremia por pérdida excesiva de sodio en orina (excreción fraccional de sodio hasta 42%), hiperpotasemia, hipocalcemia, acidosis metabólica mantenida. Insuficiencia hepática de causa no filiada y colestasis. Tendencia a la hipoglucemia desde el nacimiento. Hipertensión arterial tratada con furosemida y amlodipino. Episodios de obstrucción de vía aérea superior en relación con macroglosia que precisan colocación de tubo de Guedel y en una ocasión CPAP nasal. Hemorragia suprarrenal bilateral. Anemia multifactorial con perfil de trastorno crónico. Hipotiroidismo primario tratado con levotiroxina. Dos sepsis clínicas y una por *Enterobacter cloacae*. Infartos cerebrales difusos con posterior desarrollo de síndrome de West de difícil control. Persiste insuficiencia renal crónica y a los 7 meses de edad presenta una tumoración suprarrenal que actualmente continúa en estudio.

Conclusiones. El paciente cumple criterios clínicos para el diagnóstico según diferentes autores (Eliot y cols.1994, DeBraun y Tucker 1998, Weksberg y cols., 2001), aunque no se evidenció la presencia de ninguna mutación asociada al síndrome de Beckwith-Wiedemann en el estudio genético realizado. La insuficiencia renal con anuria desde el nacimiento, junto con la presencia de hemorragia suprarrenal bilateral y los infartos cerebrales múltiples, plantearon la

posibilidad de un sufrimiento perinatal grave añadido a la patología derivada del síndrome. En estos pacientes es muy importante el seguimiento exhaustivo, principalmente en la primera parte de la infancia, para el diagnóstico precoz de la aparición de posibles tumores. Además es necesario controlar los problemas derivados de la macroglosia: obstrucción de la vía respiratoria y problemas en la coordinación succión-deglución.

42. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASOCIADO A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Ruiz-Ayúcar I, Ramos L, Muriel M, Fernández D, Romo A, Sabín S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es un síndrome mucocutáneo agudo relacionado con una reacción de hipersensibilidad a varios agentes, incluyendo fármacos e infecciones. Tiene una incidencia de entre 1,2 y 6 casos al año por millón de habitantes, y mortalidad de hasta el 5%. El cuadro consiste en la aparición de un exantema maculopapulovesiculoso generalizado acompañado de fiebre alta, síntomas constitucionales y afectación de 2 o más mucosas. De entre los agentes infecciosos con que se ha relacionado, es *Mycoplasma pneumoniae* el patógeno respiratorio que con más frecuencia desencadena el SSJ, siendo éste una de las complicaciones clínicamente más espectaculares de las neumonías atípicas producidas por dicho microorganismo.

Objetivo. Describir la evolución de dos pacientes, concurrentes en el tiempo, diagnosticados de SSJ asociado a infección por *Mycoplasma pneumoniae*. Comentar el desarrollo y la iconografía de ambos cuadros y la terapéutica actual.

Caso 1. Varón de 6 años con cuadro febril de 5 días en tratamiento con cefuroxima oral por amigdalitis que comienza con dificultad respiratoria. A las 24 h de ésta inicia úlceras en mucosa oral, labios, región perianal, peneana y conjuntivitis exudativa, que progresan hasta producir dificultad para deglución, micción y apertura ocular con importante afectación del estado general. Las lesiones en piel son pápulo-vesiculosas (algunas de ellas de aspecto anular) erosivas y generalizadas. Punch de las lesiones compatible con SSJ. Auscultación con crepitantes bibasales, roncus y sibilancias difusas. Hemograma y bioquímica normales. Rx tórax: infiltrado basal derecho. IgM + para *M. pneumoniae*.

Caso 2. Mujer de 10 años con fiebre en contexto de cuadro catarral de 10 días de evolución y faringoamigdalitis tratada con amoxicilina, al que se añadió terbasmán y claritromicina por clínica y patrón radiológico torácico patológico. Presenta exantema máculopapuloso palmar, edema palpebral violáceo bilateral, lesiones ulcerosas en mucosa geniana, lengua y labios. Estertores y crepitantes bilaterales en la auscultación. Hemograma y bioquímica normales. Rx tórax: patrón intersticial bibasal. IgM e IgG + para *M. pneumoniae*. Otros hallazgos: ANA IgG +, anticardiolipina +.

Comentarios. Hasta un 7% de las neumonías por *M. pneumoniae* pueden asociar SSJ. Clínicamente puede presentar una importante morbilidad por la gravedad de las lesiones, en ocasiones semejantes a las de grandes quemados. Exigen un tratamiento multidisciplinar consistente en la retirada de posibles agentes causales, tratamiento específico frente a la infección, medidas de asepsia rigurosas, analgesia, sostén nutricional y cuidados oftalmológicos y dermatológicos, siendo discutidos el empleo de corticoterapia e inmunoglobulinas a altas dosis.

43. SÍNDROME DE STURGE-WEBER EN UN LACTANTE: ESTUDIO CON VIDEO-EEG, RM Y SPECT CEREBRAL.

Lobeiras Tuñón A, De Juan Álvarez A, Montes Zapico B, Mayordomo Colunga J, Málaga Diéguez I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Paciente mujer de 6 meses que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por presentar dos crisis parciales afebriles caracterizadas por desconexión del medio, desviación tónica de la mirada y nistagmus horizontal. En la fase postcrítica la familia relataba una disminución de la movilidad del miembro superior derecho.

En la exploración física realizada en urgencias la niña ya se había recuperando y no presentaba ninguna anomalía en la exploración tanto básica como neurológica. Tan sólo llamaba la atención la presencia de una mácula rosa-violácea en la hemicara izquierda (en la frente y párpado superior), compatible con un angioma plano de la primera rama del trigémino.

Entre los antecedentes familiares de la niña cabe destacar la existencia de antecedentes de epilepsia en la familia

materna. La niña no presentaba antecedentes personales de interés y tenía un desarrollo psicomotor normal para su edad (Escala Haizea-Llevant). Ante la presencia de un angioma plano de la primera rama del trigémino y las crisis epilépticas se planteó el diagnóstico diferencial de epilepsia sintomática secundaria a un Síndrome de Sturge-Weber (SSW) vs. otra forma de epilepsia, por lo que se ingresó para estudio.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- **Vídeo-EEG:** se evidencia la presencia de un foco temporal posterior derecho.
- **Ecografía transfontanelar:** normal.
- **Resonancia magnética craneal:** se aprecian alteraciones en la corteza y sustancia blanca adyacente a nivel de la región parieto-occipital izquierda, con imágenes hiperintensas con realce subcortical. No se realizó el estudio con contraste (gadolinio) por indicación del Servicio de Radiodiagnóstico.
- **SPECT cerebral:** hipoperfusión cortical focal en hemisferio izquierdo, compatible con Síndrome de Sturge-Weber.

Ante el cuadro clínico y los hallazgos en los exámenes complementarios se confirmó la sospecha de SSW.

Durante el ingreso la niña realizó una crisis breve similar a la de debut, que no se repitió tras la instauración del tratamiento anticonvulsivo con valproato a una dosis de mantenimiento de 30 mg/kg/día.

Tras el alta se realizó un control clínico a las dos semanas hallándose la paciente asintomática. Los controles analíticos (hemograma, bioquímica y niveles de valproato en sangre) fueron normales, exceptuando una trombopenia posiblemente artefactuosa.

44. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SEGUIDA DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Rellán Rodríguez S, Carranza Ferrer J, Vázquez Martín S, Izquierdo Herrero E, Da Cuña R, Solís Sánchez P. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción-objetivos. El lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad reumática de causa desconocida, se

caracteriza por autoanticuerpos dirigidos frente a antígenos propios que lesionan diferentes órganos diana. La presentación inicial puede ser atípica y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de muchas entidades. Presentamos este caso con objeto de destacar la dificultad de diagnóstico ante los hallazgos clínicos que se presentaron al inicio de la enfermedad.

Caso clínico. Paciente mujer de 12 años y 8 meses de edad, que ingresa en nuestro Hospital debido a un cuadro de dolor intenso de extremidad inferior derecha, inflamación, impotencia funcional y cianosis distal. Entre los antecedentes familiares destacan coagulopatía no filiada y esclerosis lateral amiotrófica en rama materna. Antecedentes personales: sólo refiere episodios recurrentes de urticaria sin causa alérgica conocida. Se diagnostica de trombosis venosa profunda por eco-doppler y es tratada con heparina de bajo peso molecular y posteriormente anticoagulantes orales, con evolución favorable. Durante su estancia se detectaron autoanticuerpos de tipo ANA (1/1.280) y antiDNA positivos, anticoagulante lúpico, una mutación en el gen de la protrombina y una trombopenia y leucopenia leves. Un mes después reingresa por presentar cefalea, visión borrosa y vómitos, asociados a papiledema bilateral, con pruebas de imagen (resonancia magnética nuclear y TAC cerebral) normales. Se constata un aumento en la presión intracraneal a través de punción lumbar, se diagnostica de hipertensión intracraneal benigna y se pauta tratamiento con corticoides (prednisona 60 mg/día), con lo que cede la sintomatología. Un mes después se inicia pauta descendente, durante la cual aparece proteinuria persistente (18,3 mg/m²/h). En este momento, reuniendo criterios de LES, se continúa terapia esteroidea con buena evolución.

Conclusiones. El lupus eritematoso es una enfermedad cuya identificación precoz mejora mucho el pronóstico, por lo que debemos tenerla en cuenta ante manifestaciones poco habituales y que progresivamente cumplen criterios diagnósticos.

45. IMPACTO DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR VIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Arroyo Hernández M, García Hernández I, Gómez Farpón A, Concha Torre A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las infecciones nosocomiales (IN) suponen una complicación frecuente en pacientes ingresados y conllevan un aumento de morbilidad, estancia hospitalaria y sobrecarga económico-asistencial. El grupo de IN víricas afecta preferentemente a pacientes lactantes y preescolares, ha sido menos estudiado y su repercusión menos conocida.

Objetivos. Investigar la IN por virus en un hospital de tercer nivel y valorar el impacto económico de dichas infecciones.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo mediante revisión de informes de alta, historias clínicas y base de datos de Microbiología. Se recogen los pacientes menores de 5 años ingresados en cualquier área del hospital (neonatología, lactantes, preescolares y UCIP) al menos 24 horas en un año (1 julio 2006 al 30 junio 2007) a cargo de todos los servicios médicos y quirúrgicos. Recogida de datos generales (edad, sexo, servicio, patología de ingreso, estancia, reingresos) y específicos de IN vírica (tipo, días de aparición, cultivos).

Resultados. Se analizaron 2.120 pacientes, un 59,3% varones. La edad media fue de 1,42 años (0-4,98 años). La distribución de ingresos por Servicios fue: Pediatría 55,7%, Neonatología 21,4%, Cirugía Pediátrica 9,3%, ORL 6% y otros 7,6%. Los diagnósticos principales fueron asma (10,1%), bronquiolitis (10%), prematuridad (8%), gastroenteritis aguda -GEA- (6,08%) y neumonía (5,7%). La estancia media global fue de 7,4 ± 10,43 días (1-169), (Neonatología 15,87 ± 17,33; resto 5,10 ± 5,67). Se diagnosticaron 145 IN (6,83% de ingresos), 82 probablemente víricas (56,55%). El 36,55% de las IN fueron GEA virales (35,84% por rotavirus) y el 18,6% infecciones respiratorias. No se recogieron cultivos de virus en el 41,5% de GEA nosocomiales, fundamentalmente en pacientes quirúrgicos. Fue el grupo entre 1 y 2 años el de mayor incidencia de IN (8,3%, de las cuales 59,25% fueron probablemente víricas). La mayor incidencia de GEA nosocomial se da en lactantes (39,28% de las IN, de las cuales, tienen cultivo positivo para rotavirus el 48,48%). La estancia media de los pacientes con GEA nosocomial fue de 9,79 ± 5,29 días, significativamente mayor que la de los no infectados (6,37 ± 7,17) (p = 0,001). Un paciente con IN vírica -GEA por rotavirus- precisó ingreso en UCIP por deshidratación grave. El coste derivado del aumento de estancias hospitalarias secunda-

rio a IN vírica es de 103.252 y el de la GEA nosocomial de 68.787,69.

Comentarios. Las IN víricas son causa importante de morbilidad en los menores de 2 años ingresados en nuestro hospital. El rotavirus causa la mayor parte de las IN víricas, a pesar de estar infradiagnosticado. Es necesario conseguir un buen diagnóstico etiológico para mantener un

nivel adecuado de vigilancia de la IN. El coste derivado del aumento de estancias es elevado. Medidas preventivas sencillas como separación física de pacientes por patologías y manejo por distinto personal en períodos epidémicos (invierno) pueden ayudar a descender la incidencia de IN vírica a la espera del efecto de la vacunación universal frente a rotavirus