

Comunicaciones Orales

SALA 1

Viernes 5 de Mayo, 16.00-17.30 h.

Moderadores: Dres. Andrés Concha Torre y Carmen González Armengod.

1. ENCEFALITIS AGUDA EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Fernández Carrión F, Murga Herrera V, Gaboli M, Serrano Ayestarán O, Sánchez Granados JM, Payo Pérez R. UCIP Hospital Clínico de Salamanca

Introducción: La encefalitis aguda (EA) es una enfermedad relativamente frecuente en la infancia, con alta incidencia de complicaciones potencialmente graves y secuelas neurológicas que, en parte, dependen del diagnóstico y tratamiento tempranos.

Objetivos: Describir la evolución clínica, características microbiológicas, diagnóstico y tratamiento seguido de los niños ingresados en nuestra Unidad por dicho motivo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra UCIP por EA, entre octubre 2003 y marzo 2006.

Resultados: Ingresaron 7 pacientes, 4 eran varones. Procedían 3 de Zamora, 2 de Salamanca y otros 2 de Valladolid. La edad media fue 7 años (2-13). Los síntomas previos más frecuentes fueron vómitos (85%), disminución del nivel de conciencia (85%), fiebre (71%), síntomas catarrales (42%), cefalea (28%), convulsiones (28%), ataxia (28%) y agitación (28%). 2 pacientes presentaban meningismo y sólo 1 focalidad neurológica (paresia VI par en niña con EA tuberculosa). Al ingreso el Glasgow medio fue 9'2 (6-14). La proteína C reactiva media fue 0'5 mgr/dL (0-0'8) y en todos la

procalcitonina fue negativa. En LCR la celularidad media fue 80 (3-180), en todos de predominio mononuclear; glucorraquia media 71 mgr/dL (34-106) y proteinorraquia media 52'4 mgr/dL (34-78). Se realizó TC en todos, siendo normal en el 100%. Se hizo RM en 5, siendo normal en todos salvo en el caso de EA tuberculosa, donde se objetivaron lesiones difusas de desmielinización. El electroencefalograma realizado en 5 de los 7 fue normal en 1 y patológico en 4, con lentificación generalizada y disminución de la respuesta ante estímulos en todos. Se monitorizó el índice biespectral (BIS) en 4 de ellos, con valores medios de 30-60 y sin tasa de supresión en las EA víricas. Se hizo serología y reacción en cadena de polimerasa (RCP) para virus neurotrópicos en todos los pacientes, estableciendo la etiología en 3 casos. En uno fue positiva para citomegalovirus (CMV) la antigenemia y la serología, con seroconversión IgG. En el segundo, positivas para CMV la serología y la RCP. Estos 2 son excepcionales por ser unos de los pocos casos descritos de EA por CMV en pacientes inmunocompetentes. El tercer paciente con diagnóstico etiológico fue una niña con EA tuberculosa, inicialmente con LCR normal, con tinción para Micobacterias positiva en LCR. En todos se inició tratamiento con aciclovir al ingreso, en 2 fenitoína por crisis comiciales, y en 1 corticoides e inmunoglobulinas por sospecha inicial de encefalitis postinfecciosa. 3 precisaron ventilación mecánica por Glasgow <8 (18-64 horas). Otros 3 tuvieron clínica de hipertensión intracraneal, monitorizando la misma en 2 casos. La estancia media fue 10'8 días (3-29). Falleció la niña con EA tuberculosa por hipertensión intracraneal. Un niño presentaba al alta afasia motora y disminución de movilidad en EEII, con evolución favorable posteriormente.

Conclusiones: 1. La EA es una enfermedad relativamente frecuente en la infancia, potencialmente grave. 2. Inicialmente el LCR y la neuroimagen pueden ser normales, por lo que el diagnóstico será eminentemente clínico. 3. El tratamiento empírico con aciclovir debe ser temprano para mejorar el pronóstico. 4. En caso de focalidad neurológica se debe descartar enfermedad tuberculosa.

2. ¿MANEJAMOS BIEN AL GRAN PREMATURO EN NUESTRO HOSPITAL? *Fernández Arribas JL, Del Río Florentino R, Omaña Alonso MF, González Armengod C, Sánchez Garrido M, Soga García MJ. Hospital Universitario del Río Hortega Valladolid*

Introducción y objetivos: Conocer la evolución en el periodo neonatal de los recién nacidos menores de 1500 g que ingresan en nuestra Unidad de Neonatología

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los grandes prematuros (recién nacido menor de 1500 g) que han sido manejados por la Unidad de Neonatología de nuestro hospital en los últimos siete años (1999-2005).

Se han analizado distintas variables agrupadas como antecedentes obstétricos, periodo neonatal inmediato y reanimación postparto y evolución posterior en la Unidad

Resultados: La proporción de grandes prematuros fue del 1,1% del total de recién nacidos vivos. La edad media de las madres fue de 32 años. El embarazo fue controlado en el 97% de los casos con administración de corticoides prenatales en el 86%. Un 43% procedían de gestaciones múltiples. Nacieron por cesárea un 66% y la tercera parte precisó reanimación profunda. La mayoría, un 66,6%, fueron de peso adecuado para su edad gestacional, siendo la media de EG (edad gestacional) de 29 semanas. No se encontraron diferencias significativas de sexo.

La mortalidad total fue del 17,3%; estratificada por peso, del 62% en los <750gr, 17% de 750-999, y 12% en el grupo de 1000-1499 y por EG del 63% en el grupo de 24 a 26 SEG, 13% en el de 27 a 29 SEG, y 8% en los > 30 SEG.

Por último, en cuanto a la evolución posterior, precisaron ventilación mecánica el 39%, CPAP de baja resistencia el 52% y oxigenoterapia el 86%. Se administró surfactante al 53% de los niños. Recibieron alimentación parenteral el 86% y lactancia materna el 84%. La tasa de infección fue del 34% y la estancia media fue de 53 días.

Conclusiones: Nuestros resultados son comparables con los datos de la SEN1500. El caballo de batalla sigue siendo la morbimortalidad de los menores de 750 g y menores de 26 semanas de EG.

3. ABSCESOS CEREBRALES COMO COMPLICACIÓN DE MENINGITIS NEONATAL. *Sarmiento Martínez M, Bernardo Fernández B, Labra Álvarez R, Montejo Vicente MM, Moro Bayón C, Fernández Colomer B. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Fundamento y objetivos: las meningitis nosocomiales son frecuentes en los Servicios de Neonatología, sobre todo en los menores de 1500 g, y tienen una mortalidad de hasta el 20% presentando, muy raramente, abscesos cerebrales secundarios a la infección de áreas necróticas por vasculitis e infartos hemorrágicos. Exponemos un caso de meningitis bacteriana nosocomial complicada con abscesos cerebrales habido en nuestro Servicio recientemente.

Observaciones clínicas: recién nacido varón que ingresa en Neonatología tras parto prematuro espontáneo de 32 semanas y embarazo parcialmente controlado con cultivos del canal vaginal desconocidos. Peso: 1670 g. Cobertura antibiótica inicial con ampicilina y gentamicina intravenosas (i.v.) que se mantienen 5 días por bacteriemia por *S.mitis*. Enfermedad de membrana hialina grado I precisando una dosis de surfactante y conexión a ventilación mecánica durante cuatro días. A los 19 días presenta cuadro clínico de apatía, irritabilidad, apneas, succión lenta sin fiebre, con aumento de reactantes de fase aguda y líquido cefalorraquídeo (LCR) compatible con meningitis; se inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina y cefotaxima i.v. que se sustituyen por imipenem al aislarse en LCR *Enterobacter cloacae* resistente a cefotaxima. Hemocultivo siempre negativo, pero se aisló dicho germen en un cultivo de punta de catéter. Negativización progresiva de reactantes de fase aguda. Controles semanales de LCR con mejoría bioquímica inicial y negativización del cultivo, pero a las 2 semanas presenta empeoramiento franco (14000 leucocitos-100% polimorfonucleares-; glucosa de 8 mg/dl y proteínas de 579 mg/dl) coincidiendo con pico febril y empeoramiento clínico. En este momento, pensando en una sobreinfección fúngica al haberse aislado candidas en orina, se inicia anfotericina i.v. y se rea-

liza ecografía craneal que muestra abscesos cerebrales múltiples y diseminados, por lo que se mantiene el ímpetu durante 6 semanas. Buena evolución posterior, con normalización bioquímica del LCR, sin presentar convulsiones y con exploración neurológica satisfactoria. Estudio electroencefalográfico que muestra, sobre un trazado de base bien integrado, un foco frontal izquierdo en relación con región de poroencefalia que se visualiza en TAC craneal, como evolución del absceso que drenó a cavidad ventricular ocasionando el empeoramiento bioquímico relatado.

Comentarios: es conveniente realizar una ecografía craneal en todos los casos de meningitis, haya o no haya empeoramiento clínico / analítico, con el fin de detectar a tiempo posibles complicaciones.

Un empeoramiento bioquímico en el LCR de una meningitis con abscesos cerebrales debe hacernos pensar en la apertura de un absceso a las cavidades ventriculares que vierte su contenido al LCR.

La buena evolución clínica, en relación con la rápida instauración de tratamiento antibiótico, y un trazado de base electroencefalográfico normal auspician un buen pronóstico en este caso de meningitis nosocomial complicada, aunque será necesario un largo seguimiento vigilando la aparición de crisis convulsivas y alteraciones corticales.

4. EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA PEDIÁTRICA. *Gaboli M, Gómez de Quero Masía P, Fernández Carrión F, Serrano Ayestarán O, Sánchez Granados JM, Payo Pérez R. UCIP Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: Los avances en cuidados intensivos y especialmente la aparición de la ventilación no invasiva (VNI), han permitido mejorar la supervivencia de niños afectados de una enfermedad de base que limite de forma crónica su función respiratoria. La disponibilidad en domicilio de VNI mejora la calidad de vida, reduciendo el número y la gravedad de las reagudizaciones respiratorias. Ello precisa la existencia de una unidad de referencia en la que se tutele de forma continuada e integral a estos niños.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la unidad de ventilación no invasiva domiciliar de nuestra UCIP y la valoración familiar de este soporte socio-sanitario.

Material y método: Estudio descriptivo de los pacientes, que tras estar ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), desde julio 2003 hasta febrero 2006, por insuficiencia respiratoria aguda, al alta cumplían criterios para iniciar una VNI domiciliar. Se recogieron la patología de base, la asistencia respiratoria (tipo, horas/día, duración, interfase, complicaciones), la evolución y la valoración familiar de la situación.

Resultados: Realizamos el seguimiento de 3 pacientes, todas mujeres, que en el momento de iniciar la VNI tenían edades de 16 meses, 3.5 años y 2 años respectivamente. Las patologías de base fueron: síndrome de apnea/hipopnea obstructiva de sueño, miopatía congénita y síndrome hipotónico de causa no filiada. El tipo de VNI es: CPAP en el primer caso, BiPAP en los otros dos. En los tres casos se utiliza un respirador VPAP-III ST Resmed, con humidificación y calentamiento del aire inspirado. En los tres casos se utiliza una interfase nasal. El tiempo de ventilación diaria varía en cada paciente dependiendo de que estén en un período de relativo bienestar o de reagudización respiratoria: dos pacientes utilizan VNI durante las horas de sueño (siesta y noche) y uno de forma ocasional. Las complicaciones han sido escasas: decúbito por interfase en los primeros días, y distensión abdominal, ambas en la paciente con miopatía. Se ha observado una reducción importante de los ingresos por reagudizaciones respiratorias tras el comienzo de la VNI y en ningún caso las pacientes han presentado patología por la que ingrese de nuevo en cuidados intensivos. Para su seguimiento se citan las pacientes a revisiones periódicas que se pueden programar a demanda, para controlar la correcta aplicación de la VNI y la evolución de la situación respiratoria. Los padres de las tres niñas consideran que la calidad de vida de sus hijas ha mejorado, que el manejo del respirador y sus accesorios es relativamente sencillo y se sienten adecuadamente apoyados por las estructuras sanitarias. En ningún caso acuden al colegio con el soporte ventilatorio.

Conclusiones: 1. La VNI es un soporte sencillo de utilizar. Son los padres los que se hacen cargo de los cuidados domiciliarios. 2. La VNI ha sido eficaz en nuestras niñas, mejorando su calidad de vida, reduciendo los ingresos hospitalarios y por ello los costes sanitarios. 3. El apoyo recibido desde nuestra unidad es valorado como muy satisfactorio, incluyendo la atención telefónica disponible las veinticuatro horas del día.

5. DERRAMES PARANEUMÓNICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. *Serrano Ayestarán O, Ortiz Fuentes MA, Sánchez Granados JM, Fernández Carrión F, Gómez de Quero P, Payo Pérez R. Hospital Universitario de Salamanca*

Introducción: Las neumonías son la causa más frecuente de derrame pleural en los niños. El 40-50% de las neumonías presentan derrame pleural asociado. El pronóstico depende del empleo adecuado y precoz de los antimicrobianos y en casos seleccionados de técnicas invasivas: toracocentésis, drenaje pleural, fibrinolíticos, toracosopia y torcotomía.

Objetivo: Describir las características, el tratamiento y las complicaciones de los pacientes con derrame paraneumónico que ingresaron en nuestra unidad.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias de los pacientes que ingresaron en nuestra UCIP desde su apertura en octubre de 2003 hasta marzo de 2006.

Resultados: Ingresaron 15 pacientes con el diagnóstico de derrame paraneumónico, de los cuales el 60% fueron trasladados desde otros centros. La mediana de edad de los pacientes fue de 5,1 años (12 meses-12 años), siendo el 73% mujeres. El 80% de los pacientes presentaban fiebre elevada de más de 5 días de duración y el 66,6% dificultad respiratoria con necesidades de oxígeno suplementario. El 86,6% de los pacientes eran sanos, una paciente tenía antecedentes de prematuridad y otra padecía una distrofia muscular congénita. El 26,6% de los pacientes habían recibido vacuna heptavalente frente a neumococo. Se realizó toracocentésis bajo sedación en todos los pacientes excepto en uno. En el 53% de los casos se realizó una única vez y en el resto se realizaron 2 toracocentésis (en 2 casos la primera en su hospital de referencia). En todos los pacientes se realizó ecografía previa para confirmación de diagnóstico, localización del lugar de punción e identificación de tabiques. El análisis de líquido pleural (LP) mostró 7 empiemas (46%) y 4 derrames complicados. La mediana de pH del LP fue 7 (6,8-7,4), glucosa de 43,5 mg/dl (9-86), leucocitos de 14723 (123000-50), proteínas 4,7 mg/dl y LDH 9137 UI/l (37660-429). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico con cefalosporinas de 3ª generación i.v, en 7 casos se asoció Vancomicina, en 2 Claritromicina y en 2 tratamiento anti-tuberculoso. En el 73% (11) de los pacientes se colocó tubo

de drenaje, en 4 de ellos tras una segunda toracocentésis. 8 pacientes recibieron tratamiento con Urokinasa (UK) intrapleural tras confirmarse septos con la ecografía. Existió buena respuesta en todos los casos, sin efectos secundarios ni necesidad de intervenciones más agresivas. La mediana de días de UK fue de 2,9 días (1-5), tiempo hasta retirada del tubo de drenaje de 4,8 días (3-7) y la cantidad total de LP drenado fue de 446,4 ml (1150-164). Como complicaciones sólo encontramos 2 neumotórax, sin repercusión clínica que se resolvieron espontáneamente. La etiología fue neumocócica en el 53% (8) de los casos, todos los neumococos aislados fueron sensibles a Penicilina, se diagnosticaron además un caso de legionella y una tuberculosis. Los pacientes permanecieron ingresados en la UCIP una mediana de 4,3 días (1-7). En el 40% se apreciaban signos de paquipleuritis que se resolvieron en unos meses sin necesidad de cirugía.

Conclusiones: El tratamiento precoz con drenaje y fibrinolíticos es seguro y eficaz. El desbridamiento por videotoracosopia podría ser una alternativa que pudiera disminuir la estancia media. El neumococo es el germen aislado con más frecuencia en los empiemas pediátricos a pesar de la vacunación. Actualmente en nuestro medio probablemente no estaría justificado el uso de Vancomicina como antibioterapia empírica.

6. UTILIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS) EN EL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO: UNA NUEVA HERRAMIENTA DE NEUROMONITORIZACIÓN. *Gómez de Quero Masía P, Gaboli M, Fernández Carrión F, Serrano Ayestarán O, Sánchez Granados JM, Payo Pérez R. UCIP Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: El índice biespectral (BIS) es un parámetro obtenido por procesamiento de un electroencefalograma continuo, expresado como un número entre 0 y 100. Ampliamente utilizado en quirófano para monitorizar la sedación del paciente, recientemente se ha iniciado su aplicación en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) para controlar la sedación durante procedimientos dolorosos invasivos, y más recientemente se comienzan a describir situaciones en las que puede facilitar el cuidado integral del paciente crítico.

Objetivos: Describir la utilidad de las diferentes aplicaciones de la monitorización BIS en la UCIP de Salamanca.

Material y método: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en nuestra UCIP desde enero 2004 hasta febrero 2006 que fueron monitorizados con BIS® XP (Aspect Medical), excluyendo las sedaciones para procedimientos (213 casos). El motivo de monitorización fue: control del nivel de sedación durante ventilación mecánica agresiva (VM 5); titulación de coma barbitúrico (CB 4); diagnóstico de muerte encefálica (ME 5); y valoración del nivel de consciencia en patología neurológica grave: traumatismo craneoencefálico grave (TCE 5), encefalitis (5) y meningitis (2). Se recogieron los valores de BIS mínimo, BIS máximo, BIS medio y tasa de supresión.

Resultados: Hubo 26 monitorizaciones en 22 pacientes distintos: 7 mujeres y 15 varones (rango de edad 1 mes - 15 años). En los sedados por VM agresiva el BIS medio fue 42.34 (DE 9.76) y el BIS máximo medio fue 50.06 (DE 11.23), alcanzando en todos un nivel de sedación clínica de Ramsay 5-6. De las 4 situaciones en las que se monitorizó CB, en dos ocasiones en el mismo paciente, no se alcanzó brote supresión ni en EEG ni en BIS, mientras que en los otros dos el BIS medio fue 10.68 (DE 5.08) con una tasa de supresión media de 78.63 (DE 10.11). Los pacientes con afectación neurológica primaria (TCE, encefalitis y meningitis) fueron separados retrospectivamente entre los que tuvieron una recuperación completa versus los que tienen secuelas neurológicas. En el primer grupo (3 TCE grave, 5 encefalitis) el BIS medio fue 65.86 (DE 17.88), el BIS máximo 76.82 (DE 16.54) y no hubo tasa de supresión espontánea. En el segundo (2 TCE grave, 2 meningitis) el BIS medio fue 51.12 (DE 19.70), el BIS máximo 62.23 (DE 20.14) y hubo en todos ellos tasa de supresión, en ausencia de sedantes. En los pacientes con exploración clínica y confirmación por prueba de flujo de ME, el BIS fue de 0 con tasa de supresión del 100% en todos ellos.

Conclusiones: 1. La monitorización BIS es muy útil para titular la sedación del paciente crítico. Valores medios de BIS entre 40-60 se corresponden con sedación profunda. Esto ayudaría a titular los sedantes en pacientes con ventilación mecánica agresiva y parálisis muscular. 2. La monitorización del BIS podría sustituir el EEG continuo en la monitorización del CB, siendo el objetivo un valor BIS medio inferior a 15 y una tasa de supresión superior al 70%. 3. En ausencia de sedación, en pacientes con daño neurológico, un valor de BIS máximo mayor de 70 y una tasa de supresión espon-

tánea de 0, se relaciona con mejor recuperación sin secuelas. 4. El BIS podría anticipar el momento en el que se realicen las exploraciones legales necesarias para confirmar muerte encefálica.

7. ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA A LOS DOS AÑOS Y MEDIO DE SU APERTURA. *Payo Pérez R, Serrano Ayestarán O, Gómez de Quero Masía P, Fernández Carrión F, Gaboli M, Sánchez Granados JM. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: La transferencia de competencias al SACYL exige una actualización y adecuada planificación de las prestaciones que deben garantizarse en los Servicios de Atención Especializada Pediátrica. La Comunidad de Castilla y León ha carecido de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), no neonatales, hasta el 2003 en que se abrió nuestra UCIP. Consta de cuatro puestos asistenciales y otros dos destinados a procedimientos con sedoanalgesia, cuidados intermedios y reanimación postquirúrgica.

Objetivo: Exponer la actividad de la UCIP del Hospital Universitario de Salamanca en los primeros dos años y medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de Julio 2003 a Diciembre 2005. Los pacientes se dividen en tres grupos: Los ingresados para cuidados intensivos, los remitidos para la realización de procedimientos con sedoanalgesia, y los de reanimación postquirúrgica.

Resultados: Ingresados 334 pacientes. El 53% varones. El rango de edad ha sido de 10 días a 15 años, siendo el 68% mayores de 2 años. Estancia media de 4,4 días. Índice de ocupación 51,9%. Remitidos de otros Hospitales el 36,6%. Evacuados 10 pacientes (3,3%) para atención subespecializada de Qx. cardíaca, Tx. cardíaco, Qx. traqueal, "grandes quemados". La patología respiratoria ha sido la primera causa de ingreso (28,5%), seguida de la quirúrgica (15,7%), politraumas (15%) entre los que se incluyen 36 casos de TCE (dos con sospecha de malos tratos), neurológica (13,8%) y "otros" un 27%. Han precisado asistencia respiratoria con ventilación mecánica convencional 67 pacientes (20%), ventilación con alta frecuencia oscilatoria (VAFO) 4, ventilación no invasiva (VNI) 38 (11,3%), de los que 3 mantienen VNI

en domicilio, y administración de HélioX (hélio y O₂) 32. Se han realizado 90 canalizaciones de vena central (26,9%) y 73 arteriales (21,8%). PRIMs de $6.3 \pm 16,06$. Fallecieron 10 pacientes: 2 shock sépticos, 2 politraumas, 2 PCR por accidente con reanimación extrahospitalaria, 1 Tb meningocéfálica, 1 méduloblastoma diseminado, 1 debut de leucosis promielocítica y un síndrome de Reye. Dos fueron donantes de órganos.

Procedimientos con sedoanalgesia (Propofol +Fentanilo) 188. Rango de edad: 3 meses a 15 años, 91% mayores de 2 años. El procedimiento más frecuente ha sido aspiración/biopsia de MO (39%). Otros procedimientos: canalización de vía central, toracocentesis, gastrostomía endoscópica percutánea, endoscopias digestivas, broncoscopias, etc. La mediana de su duración ha sido de 20 min. No hemos tenido complicaciones de interés.

Reanimación postquirúrgica: 1.570 pacientes.

Conclusiones: 1 Los resultados expuestos y el nivel asistencial ofrecido justifican la necesidad de esta Unidad en nuestro medio, como reiteradamente ha recomendado la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2 Consideramos imprescindible, por nuestra experiencia, optimizar la asistencia inicial al niño en situación crítica, así como su transporte, en nuestra Comunidad de Castilla y León.

8. UTILIZACIÓN DE UN PROTOCOLO RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS GRAVE. *Sánchez Granados JM, Villagrà Albert S, Serrano Ayestarán O, Fernández Carrión F, Gómez de Quero Masía P, Gaboli M. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: La bronquiolitis continua siendo la infección respiratoria más frecuente en los lactantes. Especialmente en grupos de riesgo, puede ocasionar un cuadro de insuficiencia respiratoria grave que requiere su ingreso en UCIP. Debido al desarrollo de nuevas opciones terapéuticas y a la revisión de la eficacia de los tratamientos clásicos, se impone el uso racional de los mismos para su optimización y facilitar la labor del clínico. Basándonos en la bibliografía disponible, proponemos un protocolo de actuación frente a esta patología.

Objetivo: Describir los resultados que en la práctica ha supuesto la introducción de un protocolo terapéutico de las bronquiolitis en nuestra unidad de cuidados intensivos.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de los meta-análisis existentes sobre el tratamiento de la bronquiolitis. Se diseñó un protocolo terapéutico aplicándolo en 3 temporadas de epidemia de VRS (octubre de 2003-febrero 2006). Para el estudio descriptivo se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en UCIP con diagnóstico de bronquiolitis.

Resultados: Durante el periodo de tiempo desde octubre 2003 al 14 de marzo de 2006, un total de 39 pacientes con el diagnóstico de bronquiolitis fueron tratados en nuestra unidad (18 traslados de otros centros). El 41% tenía antecedentes de prematuridad y de ellos el 25% (4) recibía profilaxis con Palivizumab. La mediana de edad fue de 1,8 meses (11 días-9 meses). La terapia con HELIOX fue administrada de forma continua en 12 pacientes, todos ellos con una necesidad inicial de oxígeno inferior al 50% , y en 3 de ellos tuvo que ser suspendido (2 por hipoxemia, 1 por apneas) y ser rescatados mediante ventilación no invasiva (VNI). Ninguno de ellos requirió ventilación mecánica (VM). Del total de pacientes, aplicamos VNI en el 33% (13), fracasando en 3 de ellos. La ventilación mecánica fue necesaria en 8 casos (3 fracasos de VNI y 5 traslados ya intubados de otros centros) con una mediana de 8,2 días (2-14 días). Dos de ellos recibieron 2 dosis de surfactante porcino, con mejoría de los índices de oxigenación (3,4 vs 8,5) y ventilación (33,8 vs 38,6) a las 12 horas en 1 caso. En 4 pacientes fue aplicada la ventilación de alta frecuencia, presentando todos un índice de oxigenación superior a 20. Ningún paciente falleció y como complicaciones encontramos 2 neumonías asociadas a ventilación mecánica, 1 neumotórax y 7 síndromes de abstinencia. Diez pacientes presentaron pausas de apnea, uno requirió VM inicial, 9 de ellos recibieron VNI y en 3 de ellos se asoció citrato de cafeína. En 2 de los casos fracasó la VNI, ninguno en el grupo que recibió cafeína.

Comentarios: Debido a la mayor disponibilidad de medidas terapéuticas y de soporte se hace necesario un uso racional de los mismos. La ventilación no invasiva y el HELIOX parecen ser eficaces en el tratamiento de la bronquiolitis moderada y grave, evitando en algunos casos la intubación endotraqueal. Es posible que el uso de citrato de cafeína en niños a término sea una medida terapéutica eficaz en las pausas de apnea. La administración de surfactante en la bronquiolitis grave que requiera intubación puede producir una mejoría del intercambio de gases, disminuyendo los días de ventilación mecánica.

9. CONVULSIÓN NEONATAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO ANTICOMICIAL. *Galicia Poblet G, Martínez Robles JV, Roche C*, Liras Muñoz B, Alonso Rubio A M, Alonso Ballesteros MJ. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. * Hospital Infantil La Paz.*

Se expone el caso clínico de un recién nacido a término con somatometría normal, que ingresó en el Servicio de Neonatología al tercer día de vida por inicio de movimientos de flexo-extensión de miembros inferiores. Es el primer hijo de un matrimonio de padres jóvenes, no consanguíneos y sanos. Como único antecedente familiar de interés, destacan los partos de dos hermanos del padre, nacidos muertos. Gestación a término, controlada con ecografías normales y serologías negativas. Parto vaginal, instrumentado con fórceps, con líquido amniótico meconial espeso. Apgar 9/10. Exploración física al nacimiento, normal. Los estudios analíticos, incluyendo aminoácidos en sangre y orina, fueron normales. Tampoco se encontraron anomalías en los estudios serológicos y bacteriológicos, incluyendo estudio de líquido cefalorraquídeo. En los estudios de imagen se aprecian en la ecografía unos ventrículos laterales de pequeño tamaño sin otras anomalías y en la Resonancia encefálica se informa una aparente hipoplasia de cuerpo calloso, con patrón de mielinización normal y sin signos de anomalía de la migración neuronal. Los estudios electroencefalográficos fueron normales en los periodos intercríticos hasta el decimoséptimo día de vida en que se constató la aparición de un patrón de salva-supresión, que no se modifica con la estimulación dolorosa. A lo largo del ingreso, el paciente presentó varios episodios críticos de movimientos de flexo-extensión de predominio en miembros inferiores, que fueron en aumento a pesar de ensayo terapéutico con varios fármacos anticomiciales (incluyendo biotina y piridoxina). Debido a la ausencia de respuesta, el paciente fue trasladado a centro hospitalario de referencia nacional con Servicio específico de Neurología pediátrica, donde se retira la medicación al ingreso, reiniciando pauta de tratamiento a partir de las 18 horas ante la aparición de nuevas crisis y alteraciones electroencefalográficas. Dada la falta de mejoría, se decide retirada farmacológica a partir de las 72 horas de ingreso con excepción de Lamotrigina, debido a la persistencia de movimientos mioclónicos durante el sueño y en los momentos próximos al despertar sin crisis eléctricas durante los episodios de movimientos, apreciándose normaliza-

ción del registro electroencefalográfico a partir de las 96 horas. Posteriormente, el paciente fue dado de alta, sin medicación, siendo diagnosticado de Mioclono neonatal benigno del sueño, permaneciendo en la actualidad asintomático.

Las convulsiones en el periodo neonatal constituyen la expresión clínica por excelencia de la disfunción del sistema nervioso central. En la práctica clínica diaria representan un problema, siendo el aspecto más importante su identificación semiológica, pudiendo pasar fácilmente desapercibidas especialmente en el prematuro. Debido a que excepcionalmente son de causa idiopática, es de vital importancia un rápido diagnóstico de las mismas, ya que muchas etiologías tienen tratamientos específicos que, administrados precozmente, pueden mejorar el pronóstico. El Mioclono Benigno del Sueño consiste en crisis mioclónicas que se inician durante la primera semana de vida y constituye uno de los fenómenos paroxísticos de origen no convulsivo que se deben tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de las convulsiones neonatales. Son episodios paroxísticos que se dan durante el sueño tranquilo y que pueden ser exacerbadas o provocadas por tratamiento farmacológico (sobre todo benzodiazepinas). Generalmente resuelven hacia los 2 meses de vida y cursan con evolución neurológica normal sin posteriores secuelas.

SALA 2

Viernes 5 de Mayo, 16.00-17.30 h.

Moderadores: Drs. Pedro Bedate Calderón y Luís Miguel Rodríguez Fernández

1. GNA POSTINFECCIOSA: CASUÍSTICA DE NUESTRO HOSPITAL. *Martínez Suárez V*, Somalo Hernández L, Ordóñez Álvarez FA, Santos Rodríguez F, Málaga Guerrero S. Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital Central de Asturias, Oviedo. *CS El Llano, Gijón.*

Estudio retrospectivo observacional mediante revisión de historias clínicas de 52 casos (28 varones) de GNA postinfecciosa diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos 30 años (1974-2005).

El nº de casos/año a lo largo del período revisado se ha mantenido constante. La edad media de diagnóstico fue de

7 años y 3 meses (rango 2a2m-14a2m). La clínica de presentación fue: hematuria en el 100% de los casos -49 macroscópica (94%)-, acompañada de edemas en 24 (46%), de oliguria en 12 (23%) y de proteinuria en 32 (62%). Se constató proceso infeccioso anterior en 43 pacientes, con un período medio libre de clínica renal de 18 días (rango 3d-3m). En 11 de los niños con afección respiratoria aguda anterior se obtuvo cultivo faríngeo positivo para estreptococo b-hemolítico del grupo A (EBHA).

Se constató la presentación de hipocomplementemia en todos los pacientes y títulos elevados de ASLO en 11 niños. El CCr se mantuvo descendido transitoriamente en 12 enfermos. Se practicó biopsia renal a 4 que debutaron como GN rápidamente progresiva.

Cuatro niñas fueron tratadas mediante diálisis peritoneal. Quince enfermos (29%) presentaron HTA. Al mes la hematuria había desaparecido en el 40%, entre el tercer mes y el año en aproximadamente el 90% y sólo en 2 pacientes persistía después del año y medio. Para la hipocomplementemia la evolución es similar.

Conclusiones: 1) En el periodo de estudio no se aprecia cambio en la incidencia anual de GNA post-infecciosa en nuestro medio; 2) El promedio de edad, la distribución de sexos y la frecuencia de manifestaciones clínicas se corresponden con lo referido en otras series; 3) La presencia de EBHA en las vías respiratorias altas es la causa específica más frecuente; 4) La hematuria y la hipocomplementemia persistentes tienden a la resolución espontánea antes del año.

2. SENSIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS EN UROPATÓGENOS AISLADOS EN NIÑOS. *Somalo Hernández L, Lantero Benedito M, Martínez Suárez V*, Ordóñez Álvarez FA, Santos Rodríguez F, Málaga Guerrero S. Hospital Universitario Central de Asturias Oviedo. *C.S. El Llano Gijón.*

Realizamos un análisis retrospectivo del perfil bacteriológico de los aislamientos de uropatógenos de una población pediátrica procesados en el Hospital Central de Asturias en los últimos 11 años.

Del total de 6532 muestras analizadas resultaron con cultivo positivo 1851 (30%). La distribución por sexo fue similar, con un ligero predominio de los aislamientos de niñas.

Las enterobacterias predominaron de forma clara (84% de los casos) y *Escherichia coli* fue el germen más frecuente

del total de aislamientos, representando el 61% de los urocultivos positivos; seguido de *Enterococcus faecalis* (9%), *Proteus mirabilis* (8%) y *Pseudomonas aeruginosa* (5%).

El 53% de las cepas de *E. coli* fueron resistentes a la ampicilina; además, 25 el% fueron resistentes a trimetoprima-sulfametoxazol. En el período de tiempo analizado no observamos variación a la tasa de resistencia a estos antimicrobianos. En nuestro medio las cefalosporinas de primera y segunda generación se mantiene altamente efectivas frente a *E. coli* (88% y 98% de los aislamientos sensibles), y tanto la nitrofurantoína como la fosfomicina tiene también una actividad muy favorable (< 1% para ambos antibióticos). El 80% de los *Proteus mirabilis* y el 100% de las cepas aisladas de *Enterococcus faecales* fueron sensibles a la amoxicilina. Respecto a las enterobacterias consideradas en conjunto las cefalosporinas de tercera generación se mostraron muy activas frente a *E. coli*, *P. mirabilis* y *Klebsiella* spp.

No hayamos variaciones en la distribución de resistencias al considerar por separado a los niños en función de la edad superior o inferior a dos años.

3. SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. *Costa M, Arroyo M, Ordóñez FA, Rodríguez J, Santos F, Málaga S. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Antecedentes y objetivos: el síndrome hemolítico-urémico (SHU) es la principal causa de fallo renal agudo en niños menores de 3 años de edad. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y evolutivas del SHU de los últimos 5 años

Método: estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de SHU en un centro de referencia de nefrología pediátrica entre los años 2000-2005.

Resultados: se revisaron 10 pacientes con SHU (4 niñas y 6 niños) con edad media al debut de 36,2 meses (4 y 135 meses). La mayor parte de los casos (40%) tuvieron lugar en 2004 y presentaron un claro predominio por los meses cálidos de año (70% en primavera y verano) En el 80% de los casos existió un episodio previo de diarrea sanguinolenta, y en otro paciente también existió antecedente infeccioso. En el 30% de los casos los cultivos realizados fueron negativos y el *E. Coli* 0157 sólo se halló en un caso. El *Streptococo pneumoniae* fue el agente causal del cuadro más grave.

El inicio de SHU aconteció una media de 4,2 días tras el antecedente infeccioso (1-8) En todos los casos se constató oliguria y descenso del filtrado glomerular (FG), llegando a anuria la tercera parte con una duración máxima de 11 días. El 50% de los pacientes presentaron edemas, el 30% clínica neurológica (convulsiones en 1 caso e irritabilidad en 2) y el 90% HTA que sólo en un caso precisó tratamiento con calcioantagonistas. La mayor parte presentó síndrome anémico con hemoglobina media 6,4 g/dl (5,3 y 7,4 g/dl). El 50% precisó furosemida. La diálisis peritoneal fue la técnica sustitutiva más empleada (30% de los casos) combinándose con hemodiafiltración en 2 casos, con una duración media de 3,8 (0-28) y 1,4 (0-7) días respectivamente. Se transfundieron una media de 4,2 concentrados de hematíes (0-11) y 16,7 de plasma fresco congelado (0-48). La duración media del ingreso se sitúa en 23 días (10-53). Ingresaron en UCIP el 70% de los casos. Al alta, el 30% de los pacientes continuaba con proteinuria y el 20% con creatininas séricas elevadas. Tras un seguimiento de 15,2 meses (0,5 -66), únicamente 3 niños presentaban proteinuria en rango no nefrótico, manteniendo el 100% un FG acorde con su edad.

Conclusiones: En nuestra serie se evidencia una menor afectación renal medio plazo que en otras series revisadas.

4. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CALIENTES. Iglesias Blázquez C, Regueras Santos L, Ledesma Benítez E, Martínez Badás JP, Neira Arcilla M, Álvarez Ramos R. Hospital de León.

Introducción. La anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes se caracteriza por la destrucción de los eritrocitos por la unión de anticuerpos a la superficie de la membrana con fagocitosis a nivel esplénico o activación del complemento, produciéndose hemólisis.

Caso clínico. Varón de 7 años, que presenta cuadro de astenia, ictericia, abdominalgia, coluria y fiebre de 36 horas de evolución. En la exploración física presenta ictericia de piel y mucosas con hipertrofia amigdalal y adenopatías laterocervicales bilaterales. Soplo sistólico II/VI. Resto de la exploración normal. En analítica básica presenta hemoglobina: 5,3 g/dl, hematocrito: 11,4%, VCM: 117,5 fl, 438.000 plaquetas/mm³, 22.300 leucocitos/uL (45 N; 24L; 27 M; 1 cayado), LDH 1934 U/L, bilirrubina total 6,6 mg/dl (indirecta 6,1 mg/dl) y PCR 20,5 mg/L. Frotis periférico: aniso-

citosis y aglutinación de hematíes. Ante la sospecha de anemia hemolítica se inicia tratamiento con corticoides (1 mg/kg/día), ácido fólico y cefotaxima I.V. Pruebas complementarias: test de Coombs directo (TCD) positivo con C3d positivo, crioaglutininas+/4+. ELUKIT negativo, no se observan aloanticuerpos. Hemoglobinuria, no se detecta haptoglobina en orina, test de sacarosa negativo. Cifras de complemento normales. Cultivos negativos. Serología vírica negativa. Ecografía abdominal: hepatomegalia. Estudio autoinmunitario negativo. A las 12 horas del ingreso presenta clínica de insuficiencia cardiaca, desorientación, tendencia al sueño y descenso de las cifras de hemoglobina (3,3 g/dl) y del hematocrito (5%). Preciso transfusión de concentrado de hematíes (7 cc/kg) y tratamiento con inmunoglobulinas. Evoluciona favorablemente con incremento de las cifras de hemoglobina y hematocrito y normalización de bilirrubina y LDH. Asintomático a los dos meses del alta.

Conclusiones: En la AHAI por anticuerpos calientes existe un bajo porcentaje en que el TCD es sólo positivo al complemento y puede crear dudas diagnósticas con otras entidades. El tratamiento con transfusión de concentrado de hematíes sólo se deben realizar en los casos en los que la gravedad de la anemia lo haga imprescindible, ya que se puede potenciar el fenómeno hemolítico. El tratamiento etiológico consiste en corticoterapia, esplenectomía, inmunosupresores, gammaglobulina y en algunos casos plasmáferesis.

5. HISTOPLASMOSIS Y MALNUTRICIÓN. Pérez Gutiérrez E, Sánchez Mínguez A, Izquierdo Caballero R, Stripeant L *, Gutiérrez Abad C, González Pérez A. Hospital Universitario del Río Hortega Valladolid. * Hospital del Niño de Panamá.

Introducción: La histoplasmosis es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, sin embargo en otras localizaciones (EEUU) se ha convertido en la causa más frecuente de micosis sistémica primaria.

Caso clínico: Paciente indígena Kuna procedente de San Blás (Panamá) que ingresa por malnutrición severa, deshidratación y piodermitis.

A la exploración física presenta mal estado general, caquexia, piodermitis infectada generalizada con úlceras de decúbito en rodillas, codos y glúteos, áreas de pelagra en extremidades inferiores, úlcera corneal en ambos ojos, ade-

nopatías cervicales múltiples, hepatomegalia de un través de dedo por debajo de reborde costal derecho.

Hemograma: anemia, leucopenia, trombocitopenia, blastos (1%), VSG elevada. Hemocultivo positivo a *Stap. aureus*; coprocultivo y urocultivo negativos. LCR: bioquímica y celularidad normal. Cultivo negativo. TAC cerebral: atrofia cerebral secundaria a malnutrición. Ecocardio: normal, sin evidencia de endocarditis. Eco renal: lesiones fúngicas bilaterales. Serología VIH (-). RX de tórax: normal. Punción de M.O.: formas de histoplasma capsulatum

Evolución: Una vez diagnosticado de Histoplasmosis diseminada se inicia tratamiento con anfob y Cloxacilina ev.

Durante su ingreso se procede a la reparación quirúrgica de las lesiones ulcerosas de córnea y esclera.

El paciente presenta ITU y neumonía nosocomial que evolucionan favorablemente tras tratamiento antibiótico.

Conclusiones: 1) La histoplasmosis es una entidad a considerar ante un cuadro de hepatoesplenomegalia y pancitopenia en niños malnutridos y por tanto inmunocomprometidos. 2) Es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, pero que se debe sospechar en zonas endémicas. 3) Es una posibilidad diagnóstica en países de recepción de inmigrantes.

6. ANEMIA DREPANOCÍTICA Y OSTEOMIELITIS EN HOSPITAL DEL NIÑO DE PANAMÁ. *Pérez Gutiérrez E, Sánchez Mínguez A, Sánchez Garrido M, Stripeant L*, Crespo Valderrábano L, del Villar Galán R. Hospital Univesitario del Río Hortega Valladolid. * Hospital del Niño de Panamá.*

Introducción: La anemia drepanocítica es una enfermedad hereditaria (herencia AR) causada por la presencia de HbS. El diagnóstico debe ser lo más precoz posible mediante técnicas de screening universal (Electroforesis de Hb). Las complicaciones más frecuentes derivadas de esta patología son: Anemia, dolor, secuestro esplénico, síndrome torácico agudo, infarto cerebral, infecciones, crisis aplásicas.

Caso clínico: Niña de 9 años procedente de Panamá con anemia drepanocítica que ingresa por síndrome febril asociado a artralgias migratorias en ambos miembros inferiores y cuadro de desorientación aguda.

Al ingreso presenta regular estado general, Glasgow 14 sin focalidad neurológica, consciente, orientada y colaboradora, febril (Tª 39°C axilar), dolor a la palpación en rodilla,

pierna y pie izquierdo, signos de inflamación en I dedo pie izquierdo, dolor en brazo, antebrazo y dedos mano izquierda, ictericia de piel y mucosas. Resto dentro de la normalidad.

Hemograma: Leucocitos 21.324 N: 52,42%, L: 33,14%, M: 7.98%. Htes: 2,10, Hb: 6,39, Hto: 20,08. Retis: 19.2%. Plt: 453000. Anisocitosis. Hipocromía. Cuerpos Howell-Jolly, Dianocitos. Ovalocitos. Drepanocitos. Policromatofilia moderada. VSG: 68mm/h. Punción lumbar: normal. Hemocultivo, Urocultivo, Coprocultivo: negativos. RX abdomen/Ecografía abdominal: normal. Rx de tórax: infiltrado bilateral inespecífico. TAC cerebral simple y con contraste: normal. No signos de infarto cerebral. Serie ósea: normal.

Ante la sospecha de osteomielitis se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con oxacilina.

Evolución: Se inicia cobertura atb empírica con oxacilina y posteriormente se añade gentamicina sin respuesta por lo que se suspende. Posteriormente aparecen signos de flebitis persistiendo la clínica articular reiniciándose tratamiento con clindamicina y ceftriaxona con desaparición de los signos de flebitis pero persistiendo los articulares y la fiebre. Se repite serie ósea encontrándose lesiones osteolíticas en epífisis de metacarpo de I dedo sospechosas de infección osteomielítica. Se realiza gammagrafía que confirma la osteomielitis. No se encontraron signos radiográficos de osteomielitis en el resto de localizaciones.

Conclusión: La anemia drepanocítica no es una enfermedad endémica en nuestro medio pero como consecuencia de la inmigración ha aumentado el número de casos. En la Comunidad de Madrid se inició en 2003 el screening neonatal de esta patología. Es importante tener en cuenta las complicaciones asociadas a la anemia drepanocítica a la hora de tratar a los niños con esta enfermedad.

7. INGRESOS HOSPITALARIOS POR BRONQUIOLITIS AGUDA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO EN MENORES DE 6 MESES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. *Fernández Díaz M, Menéndez Arias C, Fernández Fernández EM, Martínez Mengual L, Molinos Normiella C, Solís Sánchez G. Hospital de Cabueñes. Gijón*

Objetivo: Conocer la situación asistencial de la bronquiolitis por virus sincital respiratorio (BA-VSR) en menores de 6 meses en un hospital de segundo nivel, valorando los cambios producidos en los últimos 10 años. Material y

métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de historias clínicas de niños ingresados por BA-VSR, menores de 6 meses de edad, en nuestro hospital entre las temporadas 1996-97 y 2005-06. Comparación de dos quinquenios (96-01 y 01-06).

Resultados: Durante estos 10 años nacieron en nuestro centro 18.825 recién nacidos, se atendieron 159.874 urgencias pediátricas no traumatológicas e ingresaron en nuestro servicio 15.806 niños de 0 a 14 años. En este periodo de tiempo, ingresaron 810 niños menores de 6 meses con diagnóstico de bronquiolitis aguda, de los cuales 264 casos eran BA-VSR (32,6%). Los 264 casos suponen 1,4% de los recién nacidos, 0,16% de las urgencias pediátricas y 1,7% de los ingresos totales.

En la comparación por quinquenios: Tabla I.

Conclusiones: En los últimos 5 años ha disminuido el número de ingresos por BA-VSR en menores de 6 meses. Los niños ingresados en el segundo quinquenio fueron más pequeños de edad y en ellos se usó menos el salbutamol y los corticoides y más la adrenalina. La estancia media fue similar y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la evolución.

8. ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B EN MADRES GESTANTES EN NUESTRO MEDIO. *del Río Florentino R, González Armengod C, Omaña Alonso MF, Crespo Valderrábano L, Gutiérrez Abad C, Blanco Quirós A**. Hospital Universitario del Río Hortega. * Departamento de Pediatría Universidad de Valladolid.

Introducción: El estreptococo del grupo B (EGB) es el agente principal causante de infección perinatal en el mundo occidental.

Objetivos: Determinar la prevalencia de colonización por EGB en las gestantes y recién nacidos (Rn) vivos de nuestro hospital. Evaluar el protocolo de profilaxis existente y su grado de cumplimiento.

Método: Estudio longitudinal prospectivo durante el primer trimestre de 2005 con recogida de los resultados de las tomas de EGB realizadas en gestantes y Rn en nuestro centro.

Resultados: Se registraron un total de 481 partos. La prevalencia de colonización por EGB en las gestantes fue del 12,6%. El 11% de ellas tenían toma desconocida, siendo la mayoría de éstas gestaciones a término (66%). Del total de 109 frotis de superficie recogidos en los Rn se observó crecimen-

TABLA I. COMPARACIÓN POR QUINQUENIOS.

	96-01	01-06	sig.est.
Ingresos por bronquiolitis <6 meses	349	461	
Ingresos por BA-VSR<6 meses	165 (47,3%)	99 (21,4%)	p<0,001
Ingresos BA-VSR / recién nacidos	1,92%	0,96%	p<0,001
Ingresos BA-VSR/ingresos pediatría	2,16%	1,24%	p<0,001
Edad media al ingreso	3,4 meses	2,5 meses	p<0,05
Estancia media	6,1 días	5,8 días	NS
Tratamiento salbutamol	93,9%	60,6%	p<0,001
Tratamiento con adrenalina	0%	40,4%	p<0,001
Tratamiento con corticoides	55%	27,3%	p<0,001
Tratamiento con antibióticos	23,6%	17,2%	NS
Traslados a UCIP /Ingresos BA-VSR	3%	9%	NS
Exitus	1 caso	0 casos	

to bacteriano en seis casos, cinco EGB y un E. coli. El grado de cumplimiento del protocolo osciló entre un 83% y un 95,6%.

Conclusiones: Existe un porcentaje elevado de gestantes con toma de EGB desconocida. El grado de cumplimiento de nuestro protocolo se podría beneficiar de medidas como el adelantamiento de la toma rectovaginal a la semana 35 de gestación o la realización de test de detección rápida en partos inminentes.

SALA 3

Viernes 5 de Mayo, 16.00-17.30 h.

Moderadores: Drs. Belén Aguirrezabalaga González y Dolores Sánchez Díaz.

1. INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE: ESTUDIO DEL GRADO DE EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES AMBIENTALES Y SU IMPACTO EN LA SALUD. *Riaño Galán I, Suarez Tomás JI, Moreno Méndez S, Sánchez García MA, Tardón García A*, Suárez Menéndez MA*. Servicio de Pediatría Hospital de San Agustín, * Departamento de Medicina Univesidad de Oviedo.

Introducción: El desarrollo infantil requiere un ambiente protegido y saludable. La red INMA (Infancia y Medio

Ambiente) es un estudio de cohortes prospectivo de 5000 niños desde la gestación hasta la adolescencia, en distintas áreas geográficas del país. Evaluará factores genéticos, nutricionales, biológicos, ambientales y psicosociales, determinando sus efectos en el desarrollo intrauterino y neuroconductual, el sistema inmunitario y el hormonal.

Objetivo: Estudiar el papel de los contaminantes ambientales, y sus efectos en el desarrollo infantil.

Sujetos y métodos: Nuestro centro participa en este proyecto para el seguimiento de 500 niños. Criterios de inclusión: Mujeres con embarazo único, sin enfermedades crónicas previas, detectadas antes de la 12 semana, residentes en el área sanitaria. Se valora exposición prenatal a contaminación atmosférica. Se recogen datos ecográficos a las 12, 20 y 32 semanas; datos antropométricos del neonato y seguimiento del desarrollo sexual y neurodesarrollo (al nacer, al año y 4 años). Determinaciones en muestras biológicas: estrés oxidativo en madre (12 y 32 semana) y en el niño; compuestos organoclorados, polibromados y plomo en sangre de cordón y calostro; disruptores endocrinos en placenta; arsenico y zinc en uñas (madre e hijo); metilmercurio en pelo; hidroxipireno en orina materna y del niño.

Resultados: En el momento actual se han identificado 898 gestantes (elegibles 601, rechazo participación 271), con 240 participantes finales. Finalizaron la gestación 139 madres, estando incluidos sus bebés en el protocolo de estudio.

2. FRECUENTACIÓN, ANTECEDENTES MÉDICOS Y ESTADO VACUNAL EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. *García García MD, Miguel Miguel G*, Prieto Tato LM, Fuentes Ortiz A, Murga Herrera V, Nieto Almeida B. Hospital Universitario de Salamanca. * Centro de Salud Garrido Sur de Salamanca.*

Objetivo: Valorar la frecuentación, edades, estado de vacunación y antecedentes médicos en la consulta de demanda de atención primaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo realizado durante el periodo de 9-enero a 9 febrero 2006 en una de las 3 consultas de pediatría del Centro de Salud Garrido Sur de Salamanca, con un cupo de 1110 niños. Se registraron 417 citas, valorándose a 285 niños, con edades entre los 15 días de vida y los 14 años. Se recogieron los siguientes datos:

- Nº de consultas realizadas por cada niño, diferenciándose entre persistencia del motivo inicial de consulta y diferente motivo.
- Edad y sexo.
- Estado de vacunación antineumocócica y antivaricela.
- Antecedentes personales: dermatitis, espasticidad bronquial y estreñimiento.

Resultados: Solicitaron una 1ª consulta 300 niños (55% de varones y 45% de mujeres), que constituían un 27% de los niños incluidos en el cupo estudiado. Un 5% no acudió a la cita. 78 niños (26%) consultaron más de una vez: 50 niños (16.6%) dos veces, 19 niños (6.3%) tres veces, 8 niños (2.6%) en cuatro ocasiones y 1 niño (0.3%) cinco veces. El motivo de consulta en el 56% de estas repetidas visitas, coincidió con el inicial. Dos de los niños (0,6%) requirieron ingreso hospitalario. La mayor frecuentación por edad corresponde al grupo de 0-4 años (44%). Un 23% tenía edades entre 4-8 años y un 33% entre 8 y 14 años. Se valoró la vacunación antineumococo en menores de 4 años (130 niños), considerándose correcta según la edad en 64 niños (49%), y sólo habían recibido alguna dosis 17 niños (13%). Entre los menores de 2 años (69 niños), el 72% estaba correctamente vacunado para la edad frente al neumococo. La vacuna antivaricela había sido administrada en 27 niños (9%), de los cuales el 77% eran menores de 4 años. La afectación cutánea como dermatitis atópica o seborreica se describió en 70 niños (23, 3%). El 17% de la muestra había padecido espasticidad bronquial. El antecedente de estreñimiento se recogió en un 13% de los niños.

Conclusiones: Una cuarta parte de los niños valorados consultó en más de una ocasión a lo largo del mes de estudio. Los primeros 4 años de vida son los de mayor frecuentación en la consulta de demanda. El número de niños vacunados correctamente frente al neumococo ha aumentado respecto a datos anteriores si comparamos el número de niños vacunados menores de 2 años con los de 2-4 años. La administración de la vacuna antivaricela es cada vez mayor en menores de 4 años. La afectación cutánea es frecuente durante la primera infancia, tanto dermatitis atópica como seborreica.

3. REVISIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. *García García MD, Miguel Miguel G*, Hernández Fabian A, Villagrà Albert S, Muñoz López C, Gimeno Díaz de Atauri A. Hospital Universitario de Salamanca. * Centro de Salud Garrido Sur de Salamanca.*

Objetivo: Valorar los diagnósticos y el tratamiento en la consulta de demanda de atención primaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo realizado durante el periodo de 9 enero a 9 febrero de 2006, en una de las 3 consultas de atención primaria del centro de Salud Garrido Sur de Salamanca, con un cupo de 1110 niños. Se valoraron 285 niños con edades comprendidas entre los 15 días de vida y los 14 años. El total de citaciones fue de 417, de los cuales 21 no acudieron a la cita, llegándose finalmente a realizar 396 consultas. Se recogieron los diagnósticos y el tratamiento establecido.

Resultados: Se consideró el diagnóstico de infección respiratoria en 53.7% de las consultas, con diferente afectación: infección de vías altas 47% (catarro, amigdalitis, faringitis, laringitis y otitis), bronquitis en 2%, neumonía 0.7% y gripe en el 4% de las infecciones respiratorias. La afectación cutánea motivó diferentes diagnósticos: no infecciosos como dermatitis atópica y seborreica en el 10% de las consultas e infección cutánea (varicela, herpes o panadizo) en el 3.2% de las visitas. Gastroenteritis aguda en el 5.7%, conjuntivitis 5% y patología traumatológica en un 4.6% de las consultas. Otros diagnósticos recogidos en un 17.8% de las consultas son: estreñimiento, fiebre sin foco, no patología, infección de orina.

Tratamientos: A un 35% de los pacientes se les recomendó lavados nasales con suero fisiológico e hidratación. Los anti-térmicos y analgésicos fueron prescritos en un 32.5% de los pacientes. En un 8,1% de las consultas se estableció tratamiento antibiotico oral (5.5% amoxicilina, 2.2% penicilina y 0.4% amoxicilina clavulánico). La mupirocina se indicó en 0.8% de las consultas. A un 4.6% de los pacientes se les indicó un antitusígeno 4.6%. El colirio oftálmico fue necesario en un 4.3% de las consultas. Otros tratamientos: broncodilatadores 2.1%, antihistamínico 2.1%, corticoide tópico 1% y oral 0.5%, ketoconazol tópico, aciclovir oral y aceites minerales en el 2.5% de las visitas.

Conclusiones: Durante el mes de estudio, los procesos infecciosos respiratorios constituyeron el principal diagnóstico en la consulta de demanda, con diferenciación según su localización. La afectación de vías respiratorias altas (amígdalas, faringe, laringe, oído medio) constituyó el diagnóstico en casi la mitad de los pacientes. Las enfermedades cutáneas son otro de los diagnósticos frecuentes en la consulta de atención primaria.

Los lavados nasales, la hidratación y los analgésicos/anti-térmicos constituyeron la base del tratamiento en la mayoría de los niños con procesos respiratorios. Sólo un mínimo porcentaje de los niños que consultaron requirieron tratamiento antibiótico o antitusígenos.

4. REVISIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. *García García MD, Miguel Miguel G*, Mateos Polo M, García Llorente G, Criado Muriel C, Cotrina Fernández S. Hospital Universitario de Salamanca. * Centro de Salud Garrido Sur de Salamanca.*

Objetivo: Valorar los motivos de consulta y las pruebas complementarias solicitadas en la consulta de demanda de atención primaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo realizado durante el periodo de 9 enero a 9 febrero de 2006, en una de las 3 consultas de atención primaria del centro de Salud Garrido Sur de Salamanca, con un cupo de 1110 niños. Se valoraron 285 niños con edades comprendidas entre los 15 días de vida y los 14 años. El total de citaciones fue de 417, de los cuales 21 no acudieron a la cita, llegándose finalmente a realizar 396 consultas. Se recogieron los siguientes datos: motivo de consulta y pruebas complementarias solicitadas.

Resultados: El motivo de consulta más frecuente, en la primera visita, fueron los síntomas catarrales (43.8%). El segundo motivo de consulta fue la fiebre (36%). Acudieron por fiebre de menos de 24 horas de evolución un 20% de los niños valorados en la primera consulta y por fiebre de más de 24 horas de evolución un 16%.

Otros motivos: alteraciones gastrointestinales (18%), alteraciones otorrinolaringológicas (15%), manifestaciones cutáneas (8.7%), traumatológicas (7.7%), obtención de prescripciones y valoración de pruebas complementarias ya solicitadas (6.6%), cefalea (5.9%). y alteraciones oculares (4%).

En posteriores visitas, el 41.8% de los niños manifestaba síntomas catarrales. La fiebre estuvo presente en un 32% de las consultas (12% de menos de 24 horas y 20% de más de 24 horas). Otros motivos que propiciaron consultar nuevamente fueron: molestias otorrinolaringológicas (17%), alteraciones cutáneas (5%) y valoración de pruebas complementarias solicitadas o solicitud de prescripciones (16%).

Se realizaron 396 consultas, solicitándose: análisis microbiológico (cultivo ótico, de orina y de exudado vaginal) en 10 consultas (2.5%), combur test en 2.3% de las consultas, radiografía de tórax o abdomen en 2.3% de las visitas, derivación a consulta especializada en 1.7% de las consultas y análisis de sangre en el 1%.

Conclusiones: Durante el mes de estudio, época invernal, los síntomas catarrales y la fiebre fueron los principales motivos de consulta de demanda, tanto en la primera como en posteriores visitas. Las manifestaciones gastrointestinales y otorrinolaringológicas son otras de las causas más importantes de frecuentación en atención primaria. La realización de pruebas complementarias fue necesaria en un pequeño número de pacientes, pudiendo llegar al diagnóstico a partir de la clínica en la mayoría de los niños.

5. CONSULTAS POR IRRITABILIDAD EN LACTANTES MENORES DE CUATRO MESES EN 2005. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, MANEJO Y DIAGNÓSTICO. *Fernández Fernández EM, Fernández Díaz M, Fernández González N, Menéndez Arias C, Martínez Mengual L, Pérez Méndez C. Hospital de Cabueñes. SESPA Gijón.*

Introducción: La irritabilidad es la primera causa de consulta en los tres primeros meses de vida. En este periodo, un 20-30% de los padres manifiestan que su bebé sufre irritabilidad objetivándose patología orgánica en sólo un 5%. Estas consultas implican en ocasiones la realización de pruebas complementarias innecesarias.

Objetivos: Revisión del manejo de los lactantes menores de 4 meses que consultan por llanto o irritabilidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de los casos de lactantes menores de 4 meses que acudieron en el año 2005 al servicio de urgencias pediátricas del hospital de Cabueñes, por llanto o irritabilidad como síntoma exclusivo. Se analizaron factores epidemiológicos, exploraciones complementarias, manejo en urgencias y diagnóstico al alta.

Resultados: Se revisaron un total de 137 casos (0,7% del total de urgencias pediátricas): 51% mujeres, 74% menores de 2 meses. La mayoría (50,3%) acudieron en el turno de noche. En menos del 1% de los casos se realizó alguna prueba complementaria, la más frecuente el sistemático y sedimento de orina seguido de analítica sanguínea. El tiempo medio de permanencia en urgencias fue de 2,3 horas. Pre-

cisaron ingreso en planta un 3% y permanecieron en boxes de corta estancia el 24%. El diagnóstico final más frecuente fue cólicos del lactante, seguido de irritabilidad a observación. Un 21% presentó causa orgánica, siendo la mayoría de carácter banal.

Conclusiones: La irritabilidad, motivo de consulta frecuente a esta edad, estaba causada predominantemente por patología de carácter banal. Una historia clínica y exploración física detalladas, acompañadas de un periodo de observación en caso de dudas permiten llegar al diagnóstico sin necesidad de realizar otras exploraciones complementarias.

6. MEJORÍA DE LOS TICS CON METILFENIDATO EN MONOTERAPIA EN SÍNDROME DE TOURETTE COMÓRBIL CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD. *Martín Merino L, Canccho Candela R, Gabilán Agustí B*. Complejo hospitalario de Palencia. * Unidad de daño cerebral, Hospital Benito Menni. Valladolid.*

Antecedentes: El metilfenidato (MF) posee un efecto inductor de tics. Sin embargo, en pacientes con Síndrome de Tourette (ST) puede no mostrar dicho efecto. Se presentan dos casos de ST comórbil con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH) en los que los característicos tics del ST mejoraron con MF en monoterapia.

Casos Clínicos: Caso 1: niña de 10 años; tics motores, fonatorios y coprolalia de curso crónico. Conducta hiperactiva, y déficit atencional. Tratamiento con haloperidol en el momento de la consulta. Diagnóstico de ST y TDAH. Tras instaurar MF (0,5 mg/kg/día) se aprecia rápida mejoría conductual y práctica desaparición de los tics, por lo que se retiró haloperidol. Evolución mantenida durante más de un año. Caso 2: niña de 10 años; tics motores y fonatorios de curso crónico; conducta hiperactiva, déficit atencional, y conductas compulsivas. Diagnóstico de ST, TDAH y Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Se instaura MF (0,7 mg/kg/día), con mejoría conductual en TDAH, y con desaparición de tics. Se añadió fluoxetina, sin mejoría de conductas compulsivas. Evolución mantenida durante más de un año.

Comentarios: durante la última década diversos estudios que evalúan el tratamiento farmacológico del ST combinado con TDAH muestran la escasa interferencia de los estimulantes sobre los tics.

7. ESTUDIO DE LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA FIEBRE DE SUS HIJOS. *Alonso López P, Martínez Bugarín R, Barrio Alonso MP, Almaraz A, Muñoz Moreno MF, Ardura Fernández J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y objetivos: valorar los conocimientos y la actitud de los padres ante la fiebre de sus hijos mediante una encuesta, teniendo en cuenta las diferentes características de las familias que participan en el estudio (número de hijos, diferencias de conocimiento o información entre padre y madre, influencia de la etnia sobre la actitud a tomar, etc). Elaborar una hoja informativa, a partir de los resultados obtenidos, para una mejor formación de los padres acerca de la fiebre, su valoración y manejo, haciendo hincapié en aquellos aspectos en los que se encuentran más desinformados.

Método: encuesta de 18 preguntas con opciones de respuesta, completada por los padres o cuidadores que acuden a urgencias de nuestro hospital por diferentes motivos, siendo anónima y voluntaria, sin influencia del investigador (sólo recoge los datos del entorno del niño: edad de los padres, número de hijos, etnia, etc). Previamente se explica la finalidad de la encuesta, solicitando el oportuno consentimiento. Una vez realizada, se une a los datos sociofamiliares del niño para llevar a cabo un análisis comparativo. Se programa el registro de un mínimo de 100 encuestas.

Resultados: El 23% de los encuestados creen que la fiebre en sí misma es una enfermedad. Respecto a las repercusiones que la fiebre puede tener en el niño: presuponen riesgo de muerte el 14%, daño cerebral 16%, convulsiones 68%, delirios y deshidratación en el 36% de los casos. El valor de corte de temperatura axilar a partir del cual consideran la existencia de fiebre fue: 38°C en el 58% y 37,5°C en el 40% (no encontrando diferencias con la toma rectal, donde los porcentajes se encuentran en torno al 30% para todos los valores de temperatura: 37,5°C, 38°C y 38,5°C). Administran un antitérmico a sus hijos a partir de 37,5°C axilar el 44% y de 38°C el 49%. Consideran que se trata de una fiebre elevada o intolerable si es mayor de 39,5°C axilar el 71%. Toman la temperatura cada 2 horas o menos el 47% de encuestados y el 52% siempre que lo consideran necesario. El 44% alterna diferentes medicamentos en alguna ocasión para controlar la temperatura, realizándolo siempre en

el 14% de encuestados. El 77% piensa que los antitérmicos tardan en hacer efecto media hora o menos. La vía de administración rectal es la más eficaz según el 44%, la oral en el 34% y no existen diferencias según el 21%. Las medidas físicas más utilizadas fueron: desabrigarle el 77%, baños con agua templada el 61% y paños con agua fría el 63%. Sólo el 7% de los encuestados reconocen haber administrado alguna vez a su hijo un antibiótico sin consultarlo, creyendo que tardan menos de 2 días en hacer efecto el 60%. Ante la fiebre acuden a su pediatra habitual el 53%, a urgencias de su centro de salud el 25% y a urgencias de su hospital de referencia el 20%; y acuden dentro de las primeras 24 horas de evolución en el 88% de los casos. Refieren que reciben poca o ninguna información sobre la fiebre por parte de los profesionales sanitarios hasta en un 52% de los encuestados.

Conclusiones: la fiebre continúa siendo uno de los motivos de consulta más habituales en las urgencias pediátricas hospitalarias, generando angustia en la mayoría de las familias en nivel cercano a la fobia. Los resultados de este estudio permiten proporcionar una información más detallada y específica para poder llegar a modificar las creencias y actitudes erróneas que tienen los padres.

8. ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA INFANCIA. SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DURANTE 14 AÑOS. *Quesada Molinos MT, Martín Merino L, Pérez – Macías Martín O, Otazo Conejo P, Pérez García I, Albero-la López S. Centro de Salud Jardínillos. Palencia*

Introducción: La actividad del pediatra en Atención Primaria parece estar centrada en la atención a la demanda por patología aguda. Sin embargo, nos interesa también conocer la incidencia de patología crónica en nuestros pacientes.

Objetivos: Analizar la incidencia de patología crónica en una cohorte de niños seguidos durante 14 años.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio observacional de una cohorte de 113 niños nacidos en el año 1991 y controlados en un Centro de Salud urbano hasta los 14 años.

Se recogen variables demográficas y clínicas durante los 14 años de seguimiento. Se realiza estadística descriptiva.

Resultados: La distribución por sexos (varón: mujer) es de 1: 1,01. Nacieron por cesárea un 13,3% siendo prematuros el 2,7%. El peso al nacimiento fue de 3,39 ± 0,4 en niños

y $3,23 \pm 0,4$ grs. en niñas; la talla, de $51,1 \pm 3,5$ cms y 50 ± 2 cms respectivamente. Un 20,4% presentó patología prenatal que precisó ingreso. Tuvieron lactancia materna el 59,3%.

Los porcentajes de patologías observadas a lo largo de los años fueron: Intolerancia a proteína vacuna 1,8%, reflujo vesíco-ureteral 0,9%, bronquitis en el primer año 12,5%, ingresos hospitalarios en el primer año 13,4%, intervenciones quirúrgicas a lo largo de la infancia 19,5%, obesidad 13,3%, hipercolesterolemia 1,8%, asma 8,9%, alergias 14,3%, dermatitis atópica 7,1%, alteraciones visuales 34,5%, alteraciones auditivas 0,9%, patología neurológica 3,6%, crisis febriles 3,6%, epilepsia 0,9%, enuresis 6,4%, trastornos por déficit de atención e hiperactividad 2,8%, alteraciones de conducta 7,2%, ingresos hospitalarios el 20,9%, escoliosis 15%. No hay casos con hipertensión arterial

En el último control realizado a los 14 años los datos somatométricos fueron: Peso: $57,7 \pm 14,1$ en varones y $53,42 \pm 10,2$ grs. en mujeres; talla, $165,8 \pm 7,9$ cms y $160,7 \pm 6,4$ cms respectivamente. El índice de masa corporal fue de $20,8 \pm 4,1$ kg/m² en varones y $20,6 \pm 3,3$ kg/m² en mujeres. Presión arterial en varones: sistólica $100,7 \pm 12,4$; diastólica $60,8 \pm 7,4$. Presión arterial en mujeres: sistólica $104,1 \pm 9,5$; diastólica $60,3 \pm 8,9$.

Comentario: En nuestro medio los valores somatométricos se encuentran en la media de referencia. Hay que destacar la alta incidencia de alteraciones visuales seguida de procesos alérgicos, escoliosis y obesidad. Uno de cada cinco niños ha sido intervenido quirúrgicamente.

SALA 1

Sábado 6 de Mayo, 09.00-10.00 h.

*Moderadores: Drs. Félix Lorente Toledano y
Hermenegildo González García*

1. DISPLASIA FIBROSA EN UN NIÑO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS FRACTURAS PATOLÓGICAS.

Alonso Rubio AM, Liras Muñoz B, Galicia Poblet G, Alonso Ballesteros MJ, Ardura Fernández J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Presentamos el caso de un niño de 8 años 1 mes, sin antecedentes personales de interés que sufre una caída accidental

en la práctica de educación física. En la exploración muestra deformidad en pierna y brazo izquierdos; no otros hallazgos relevantes. Exploración radiológica: fractura perisubtrocantérea en fémur izquierdo junto a lesiones líticas en sacabocados en pala iliaca y fractura intercondílea en húmero izquierdo. Estudio analítico: hemograma, bioquímica y estudio de metabolismo óseo compatible con la normalidad. Orina normal.

A partir de la definición de fractura patológica, se lleva a cabo diagnóstico diferencial, en primer lugar, con procesos metabólicos como son la osteogénesis imperfecta, enfermedad de Paget, osteoporosis, osteomielitis (habitualmente con fenotipo peculiar junto a clínica más evidente y desórdenes analíticos definitorios) que a demás son poco frecuentes en niños. En segundo lugar, con procesos tumorales o pseudotumorales tanto malignos como el osteosarcoma, como benignos como el quiste óseo único, quiste oseo aneurismático, fibroma no osificante, displasia osteofibrosa, endondromatosis o displasia fibrosa, haciendo una primera diferenciación a partir de las imágenes. La peculiaridad del caso reside en un diagnóstico clínico y radiológico, puesto que no se dispone de estudio anatomopatológico que en principio no es obligatorio según se recoge en la literatura.

El tratamiento consistió en corrección quirúrgica mediante osteosíntesis percutánea con agujas de Kirschner en codo y tracción del miembro inferior izquierdo con colocación de clavo intramedular.

En el seguimiento de estos pacientes se recomiendan controles por parte de un equipo multidisciplinar, para descartar posible patología endocrinológica asociada (pubertad precoz), alteraciones del metabolismo calciofósforo y prevenir la producción de fracturas patológicas; así como la detección precoz de nuevos focos; además de instaurar un tratamiento precoz y una posible transformación maligna.

2. SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA Y NUEVOS AVANCES DIAGNÓSTICOS.

Camina Gutiérrez AB, Alonso Ballesteros MJ, Palencia Luances R, Hermoso López F, Conde Redondo F, Arduara Fernández J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El síndrome de Williams que afecta a 1 de cada 20-50.000 niños, se describe como la asociación de: facies típica, retra-

so mental, malformaciones cardiovasculares, hipercalcemia y alteraciones endocrinológicas en algunos casos. Sin embargo en la práctica clínica su presentación puede ser muy heterogénea y se requiere un alto índice de sospecha para evitar el diagnóstico tardío. En este trabajo realizamos una revisión retrospectiva de 5 casos con sospecha de síndrome de Williams-Beuren, en 3 de los cuales el estudio cromosómico ha conseguido demostrar la delección característica (cromosoma 7q 11.23), en uno de los casos, dicho estudio no resultó concluyente, otro paciente está pendiente de confirmación diagnóstica.

Se trata de 2 mujeres y 3 varones, con nacimiento postérmino (42 sem) en 3 de los casos, y retraso del crecimiento con peso por debajo del percentil 50 en el 80% de los pacientes. Las características faciales peculiares (Facies hiposíquica con rasgos toscos, retrognatia con arcada dentaria invertida, pabellones grandes y despegados, puente nasal plano, hipoplasia malar, filtrum de labio superior marcado, labio inferior grueso; cuello corto etc) se hacen evidentes a partir de los 2 a de edad, produciendo el juicio clínico de síndrome polimalformativo no filiado al nacimiento, en 3 de los cinco pacientes (60%); como excepción el fenotipo se identifica tardíamente, en torno a los 10 a, en uno de los varones, probablemente debido a la influencia de características raciales. Las manifestaciones cardiovasculares, que figuran como las más frecuentes en la literatura, están presentes en la totalidad de los casos, en 3 de ellos se detecta estenosis aórtica supra- valvular, en uno estenosis de ambas arterias pulmonares y en otro CIV y CIA asociadas. A nivel neurológico todos los pacientes presentan retraso psicomotor con pruebas de imagen normales; asociándose en uno de los casos paresia de extremidad superior izquierda y en otro conductas antisociales y de desinhibición. En cuanto a las manifestaciones nefrourológicas dos de los casos presentan HTA, un paciente presenta estenosis de la unión pieloureteral y riñón multiquístico unilateral detectado prenatalmente y un solo caso presentó hipercalcemia. A nivel endocrinológico los dos pacientes que alcanzaron la pubertad, lo hicieron de forma temprana, con menarquia en torno a los 9 a en la mujer y aparición de caracteres sexuales secundarios en torno a los 10 en el varón, objetivándose activación del eje hipotálamo-hipofisario en ambos casos. Además 3 de los 5 pacientes precisaron

ingreso en periodo neonatal inmediato por ictericia en rango de fototerapia, dos fueron intervenidos de hernias inguinales congénitas y todos los pacientes han precisado tratamiento con ortodoncias por malposiciones dentarias y retromicrognatia.

Desde el descubrimiento de este síndrome en el año 1961, se han incorporado nuevas técnicas que facilitan el diagnóstico de anomalías asociadas y alteraciones genéticas; Aunque sean reconocibles los rasgos clínicos y fenotípicos característicos del síndrome, como se evidencia en los pacientes documentados, y a pesar de la existencia de nuevos métodos de diagnóstico molecular, como el cariotipo con técnica de FISH, hasta un 5% de casos (mutaciones puntuales o microdelecciones) pueden no ser detectables. El fenotipo básico para el diagnóstico, se va haciendo más evidente con la edad. Ante la sospecha clínica debe practicarse estudio genético sin demora.

3. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON MONTELUKAST. *Mateos Polo M, Gimeno Díaz de Atauri A, Rivas García A, Prieto Matos P, García Llorente G, Grande Benito A. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

La esofagitis eosinofílica es una inflamación crónica esofágica, que se acompaña de importante infiltrado eosinofílico; de etiología desconocida, su diagnóstico ha aumentado en los últimos años. La mayoría de los pacientes tienen hipersensibilidad a alimentos o neumoalergenos. Diversos tratamientos han sido propuestos con resultados dispares. El tratamiento con montelukast, antagonista de los receptores de los leukotrienos, se ha demostrado de una gran eficacia, produciendo mejoría clínica mantenida.

Caso clínico: varón de 11 años, diagnosticado de hipersensibilidad a neumoalergenos y epitelio de animales. Disfagia a sólidos y varios episodios de atragantamiento con carne, que inicia un año antes y que van en aumento llegándose a presentar, antes del diagnóstico, casi a diario. Exploración física: normal. Peso y talla en P97. Exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica normales. Ph-metría de 24 horas: ausencia de RGE. Endoscopia digestiva: traquealización en esófago distal con aspecto anillado del esófago. Biopsia de mucosa esofágica: infiltrado eosinofilo > 20 HPF. Manometría esofágica:

TABLA II. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 4 CASOS DE LUPUS ERITEMATOSO

Edad diagnóstico	Caso 1:14 años	Caso 2 10 años	Caso 3:12 años	Caso 4:13 años
Criterios				
Erupción malar	SI	SI		
Erupción discoide				SI
Fotosensibilidad	SI		SI	
Úlceras orales	SI	SI	SI	SI
Artritis	SI	SI		SI
Trastorno neurológico	Convulsiones			
T. hematológicos	Anemia hemolítica	A. hemolítica	Trombopenia	
	Linfopenia, Ac AFL	Linfopenia		
Autoinmunidad	Ac Sm, Ac RNP	Ac antiDNA	Ac ENA, anti Ro	Ac anti Ro
	Ac ANA	Ac anti nucleosoma	Ac anti SCL	FR+
	hipo C3	hipo C3	hipo C4	
Tratamiento	MTX, Cy, corticoides	Corticoides	Corticoides, azatioprina	C. tópicos

trastorno motor esofágico inespecífico que afecta a esófago distal con aumento de secuencias simultáneas ineficaces.

Tras realizar tratamiento con ciclos de corticoides orales durante dos meses, se aprecia mejoría parcial: persiste disfga a sólidos sin impactaciones. Seis meses después del diagnóstico se inicia tratamiento con montelukast, apreciándose desaparición total de la sintomatología. Se mantiene tratamiento 6 meses y tras su suspensión, diez meses después, no ha presentado sintomatología alguna.

4. LUPUS ERITEMATOSO: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. *García García MD, Fernández Álvarez D, Muriel Ramos M, Prieto Matos P, Martín Alonso M, Navas Carretero A. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: El lupus eritematoso es una enfermedad sistémica autoinmune del tejido conectivo. La formación de anticuerpos e inmunocomplejos lesiona diferentes órganos, dando lugar a formas clínicas diversas. El 15- 20% de los pacientes enferman entre los 10-15 años, la incidencia es de 6-19/100.000, por lo que no debemos considerarlo como infrecuente en la edad pediátrica. Dada la diversidad de los síntomas, el diagnóstico depende del grado de sospecha del médico.

Objetivo: Valorar las manifestaciones clínicas al diagnóstico y la evolución de los niños diagnosticados de lupus

eritematoso en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Salamanca en los últimos 8 años

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 4 casos de lupus eritematoso (Tabla II).

Comentarios: El reconocimiento clínico precoz de la enfermedad mejora el pronóstico.

El 75% de los casos presentó síntomas constitucionales, cutáneos y musculoesqueléticos al inicio de la enfermedad. En uno de los casos se produjeron complicaciones neurológicas y hematológicas graves. Tres de los pacientes presentaron manifestaciones hematológicas al inicio de la enfermedad y todos tenían alteraciones inmunitarias. Todos los casos fueron lupus eritematoso sistémico excepto el último afecto de lupus discoide.

5. GINECOMASTIA, "HIPERPROLACTINEMIA" Y HERNIACIÓN DE LA CISTERNA SUPRASELAR SOBRE LA HIPÓFISIS. *Crespo Valderrábano L, Velasco Zúñiga R, Puente Montes S, López García C, Fernández Arribas JL, Hernando Mayor JC. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Se trata de un varón de 11 años y 4 meses que consulta por ginecomastia unilateral izquierda de 3 años de evolución. En los antecedentes familiares es el tercero de tres hermanos, hermano con ginecomastia puberal fisiológica; en los antecedentes personales no consta historia de enfermedades crónicas, hepáticas ni renales.

A la exploración: P: 30.500 kg(P10-25); T: 135.4(P10), ginecomastia unilateral izquierda de aproximadamente 5x5 cm, blanda, móvil, sin alteraciones del pezón ni adenopatías, testes simétricos de 3cc, pene de 5 cm. de longitud y 5cm. de circunferencia, estadio pubiano 1.

En estudios complementarios: hemograma, bioquímica con glucemia, urea, proteínas totales, transaminasas, iones y anticuerpos antitransglutaminasa, sistemático y sedimento de orina dentro de parámetros normales.

En estudio hormonal: Gonadotropinas basales: LH: 2.7 mUI/ml (0.1-6), FSH: 3.5 mUI/ml (0.5-3.7), testosterona: 25 ng/dl (prepuberal 1-177), estradiol: <10 pg/ml (6-38); prolactinas seriadas de 47 mcg/ml, 55 mcg/ml y 61 mcg/ml (2.6-20), TSH: 3.93 mUI/ml (0.4-5.9), T4L: 1.25 ng/dl (0.7-1.53); DHEA-S: 67.1 mcg/dl, ACTH: 29 pg/ml (0-46); Cortisol 24 h: 103.6 mmol (88.4-671); BHCG: 0.75 UI/ml (normal); alfafetoproteína: 0.7 ng/ml (normal).

Estas determinaciones descartan enfermedades crónicas; valores de gonadotropinas y testosterona normales descartan hipogonadismo primario y secundario y resistencia a andrógenos; valores normales de estrógenos y DHEA-S descartan posibilidad de tumor testicular o suprarrenal feminizante; marcadores tumorales negativos. Sí se encuentran valores de prolactina ligeramente elevados con hormonas tiroideas normales.

En estudios de imagen: Radiografía lateral de cráneo normal, edad ósea de 9años; RMN: Herniación de la cisterna supraselar que comprime levemente la hipófisis sobre la silla turca sin áreas dishomogéneas ni aún tras la administración de contraste. Tallo hipofisario centrado en la línea media.

Conclusiones:

- La dificultad de la interpretación de las cifras de prolactina en situaciones intermedias. Cifras por encima de 250 mcg/ml nos orientan a la existencia de un prolactinoma y por debajo de 3 mcg/ml a deficiencia combinada de otra hormonas hipofisarias.

- Seguimiento clínico-analítico(test de TRH, secreción espontánea). Ver evolución de pubertad por posibilidad de hipogonadismo.

- El hallazgo en RMN ¿afectaría al PIF (factor inhibidor de PRL) y sería la causa de la "hiperprolactinemia" o se trata de un hallazgo casual?

SALA 2

Sábado 6 de Mayo, 09.00-10.00 h.

Moderadores: Drs. Javier Domínguez Vallejo y

José Luis Hernanz Sanz

1. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PEDIATRÍA: UNA REALIDAD POSIBLE Y CON FUTURO. *Liras Muñoz J, De Celis Villasana L, Hidalgo Acera F, Rodríguez Barca P, Viñals González F. Cirugía Pediátrica Hospital Clínico de Salamanca.*

Introducción: La Videocirugía, dentro de la filosofía de la Cirugía Mínimamente Invasiva, lleva más de cuatro décadas introducida en las diferentes especialidades de adultos. Sin embargo, las limitaciones técnicas iniciales han impedido su incursión en Pediatría hasta hace poco más de 10 años. Son muchas las reticencias que la Videocirugía levanta entre los cirujanos pediátricos, a pesar de que en el campo de la cirugía abdominal, la Laparoscopia permite al día de hoy abordar prácticamente todas las patologías quirúrgicas.

Objetivo: Presentar, de forma descriptiva, los primeros 9 meses del programa de Videocirugía Pediátrica instaurado en nuestro Hospital.

Material: Desde Septiembre de 2005, 28 niños con edades entre 2 meses y 13 años, han sido sometidos a Cirugía Laparoscópica. Las técnicas realizadas han sido Apendicectomías por apendicitis aguda (n=10), Exploración de testículos no palpables (n=6, con 3 orquidopexias in situ), Ligadura de vasos espermáticos por varicocele (n=3), Colectomía por litiasis biliar (n=2), Funduplicatura tipo Nissen por RGE (n=2), Laparoscopia exploradora tras plastrón abdominal(n=1), Exéresis de uraco persistente (n=1), Quistectomía por hidatidosis hepática (n=2), Cierre de orificio inguinal profundo por hernia inguinal encarcerada (n=1) y Hemicolecotomía izquierda asistida para descenso endoanal por enfermedad de Hirschsprung (n=1). Además, se ha realizado una Retroperitoneoscopia para Nefrectomía por anulación renal por RVU. Una de las videocirugías (Funduplicatura Nissen) se reconvirtió a cirugía abierta por dificultades técnicas. El tiempo operatorio ha sido un 20-30% superior a la misma técnica por cirugía abierta. Todas las intervenciones han transcurrido sin incidencias intraoperatorias. Sólo un paciente (Laparoscopia exploradora) precisó rein-

tervención a las 8 horas por sangrado persistente con hemoperitoneo a través de un orificio de un trocar. La estancia hospitalaria posoperatoria varió, según la patología, entre las 24 horas y 5 días, que fue la estancia máxima. En el 80% de los casos, el alta se produjo en 48 horas. No hemos observado ninguna infección de herida quirúrgica ni recidiva de la patología intervenida en el tiempo de seguimiento (entre 1 y 9 meses) Presentamos varios vídeos intraoperatorios para descripción de las técnicas básicas en Videocirugía.

Conclusiones: La Videocirugía es una alternativa factible y segura en Pediatría, gracias a los avances técnicos que permiten incluso abordar neonatos inferiores a los 3 Kg. Las ventajas para el niño son cuantiosas, desde un posoperatorio menos doloroso y más rápido, hasta una incorporación a la vida diaria inmediata con secuelas estéticas y funcionales mínimas. El mayor coste operatorio de la Videocirugía se compensa con el ahorro en la estancia hospitalaria, tanto en días como en consumo de fármacos e incidencias de complicaciones. Por tanto, creemos que los Servicios de Cirugía Pediátrica deben asumir la Videocirugía entre sus técnicas habituales como cualquier otro servicio quirúrgico.

2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL. REVISIÓN DE NUESTRAS INDICACIONES. *Gutiérrez Dueñas JM, Domínguez Vallejo JM, Arde-la Díaz E, Martín Pinto F. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la estenosis pieloureteral (EPU) sigue siendo objeto de controversia. Se recomienda en los pacientes sintomáticos y en aquellos que presentan un deterioro de la función renal. Los niños asintomáticos y con adecuada función renal pueden ser tratados de forma conservadora mediante una vigilancia expectante.

Objetivo: Conocer los parámetros utilizados en nuestro servicio para indicar el tratamiento quirúrgico de la hidronefrosis congénita por EPU.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio con el diagnóstico de EPU en el periodo comprendido entre los años 1990-2005. Se revisan las historias clínicas evaluándose: forma de presentación, edad, métodos diagnósticos, criterios de indicación quirúrgica y complicaciones.

Resultados: Durante este periodo se han intervenido quirúrgicamente 50 pacientes, 12 mujeres y 38 hombres. Fueron diagnosticados prenatalmente 31 y 19 debutaron con sintomatología: dolor abdominal (12), infección urinaria y/o pielonefritis (6) y masa abdominal(1). En todos los pacientes se realizó ecografía abdominal y estudio isotópico (DTPA o MAG3 con furosemida, DMSA), urografía intravenosa en el 96% y Cistografía miccional seriada en el 88%. La edad media en el momento de la cirugía fue de 3,83 años (rango 24 días-15 años). Los criterios utilizados para indicar el tratamiento quirúrgico fueron: función renal diferencial (FRD) < 40% en 20 pacientes, la persistencia de un tiempo medio de eliminación (T1/2) mayor de 20 minutos en 15 pacientes, clínica e hidronefrosis en 11, hidronefrosis bilateral en 2, EPU asociada a megauréter en uno y uno por hidronefrosis moderada tras 5 años de seguimiento. El tratamiento quirúrgico fue la ureteropieloplastia de Anderson-Hynes en 45 pacientes, nefroureterectomía en 3, ligadura de vaso polar en uno y nefrostomía temporal seguida de ureteropieloplastia en uno. Se presentaron 7 complicaciones y se realizaron 10 reintervenciones.

Conclusiones: El estudio isotópico fue la exploración principal para indicar cirugía. Los criterios más utilizados para establecer el tratamiento quirúrgico fueron: una FRD < del 40%, un T1/2 de eliminación mayor de 20 minutos y la aparición de síntomas. Aunque se discute la especificidad y la sensibilidad de la FRD y del T 1/2 para diagnosticar la obstrucción pieloureteral, estos parámetros han sido esenciales en la indicación quirúrgica.

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR TRAUMATISMOS EN NIÑOS DE CASTILLA Y LEÓN. *Ardura Aragón F, Sendino García MM*, Peña Ruiz F*, Garmendia Leiza JR, Andrés de Llano JM, Ardura Fernández J. GIR de Cronobiología Universidad de Valladolid. * Servicios de Sistemas de Información SACYL.*

Introducción: Los traumatismos son una importante causa de morbi-mortalidad en la sociedad moderna generando importante gasto en consumo de recursos sanitarios.

Objetivos: Analizar los ingresos hospitalarios generados por traumatismos durante 6 años en la población infantil de Castilla y León.

Población y Métodos: Se realiza un estudio observacional y retrospectivo de la información obtenida del Conjunto Mínimo de Bases de Datos, de obligado cumplimiento en los Hospitales de la red sanitaria pública desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2004. De un total de 74000 ingresos hospitalarios por causa traumática en 14 hospitales de titularidad pública de las 9 provincias de Castilla y León, 4727 tenían una edad inferior a los 15 años. Se realiza estadística descriptiva, inferencial y ritmométrica.

Resultados: La distribución por sexos es de 1,6: 1 a favor de los varones. La edad media es de $8,8 \pm 4$ años. La distribución de las lesiones por segmentos topográficos fue: cabeza (8%), tronco (5%), extremidades superiores (64%), extremidades inferiores (30%). No existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución del número de casos por año ni por día de la semana; pero sí hay diferencias en el número de ingresos por mes, siendo Agosto (14,8%) el mes que más ingresos genera y diciembre (4,7% el que menos ($p=0,0000$)). Se ha encontrado un ritmo circunual con un periodo de 365 días, siendo el mejor ajuste con armónicos de 365, 182 y 121 días. Doce niños fallecieron intramuros y 89 precisaron el traslado a otro centro hospitalario.

4. FUNDUPLICATURA NISSEN POR LAPAROSCOPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Mateos Polo M, Gimeno Díaz de Aauri A, García Lorente G, Liras J, De Celis L, Grande A. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción: En pediatría la funduplicatura Nissen ha sido la técnica más usada en el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico (RGE). Las desventajas más importantes son la inhabilidad postquirúrgica del paciente para expulsar gases y la dificultad para vomitar.

Caso clínico: Lactante de 23 meses con episodios de vómitos en todas las tomas desde los primeros meses de vida. Entre sus antecedentes personales, es un niño con Síndrome de Down procedente de una gestación a término, estreñido con hipotiroidismo congénito en tratamiento con Levotroid.

En un mes tiene dos ingresos por vómitos incoercibles que afectan a su curva ponderoestatural con signos de hemorragia digestiva alta. En el primero de ellos, se le realiza una Phmetría 24 horas confirmándose los episodios de RGE importantes. Por su gravedad se practica una endoscopia

alta en la que se aprecian erosiones y ulceraciones de 4-5 mm a nivel de esófago distal compatibles con esofagitis activa grado B de una Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se toma una actitud conservadora pautándose tratamiento con Motilium, Alquel y Urbal pero en menos de 15 días vuelve a ingresar con la misma clínica por lo que se decide el tratamiento quirúrgico de la ERGE.

Se realiza una funduplicatura Nissen mediante laparoscopia. Tras anestesia general, se coloca una sonda nasogástrica, se realiza una incisión umbilical por óptica y se aborda de la cavidad abdominal con 4 trócares de 3 y 5 mm según disposición de la técnica francesa. Por último, se comprueba el paso correcto a estómago mediante gastroscopio.

El postoperatorio cursa con normalidad, con alimentación oral desde el primer día y sin vómitos. El segundo día es dado de alta y lleva una vida normal, con buena expulsión de gases y curva de peso normal. Ocasionalmente, refiere dificultad para el vómito.

Conclusión: En la actualidad se considera que la vía endoscópica es la de elección para el tratamiento del RGE en niños dadas sus ventajas. Permite cirugías menos invasivas, cicatrices mínimas y reduce los días de estancia hospitalaria. Al contrario que en la vía abierta, en la mayoría de los casos los niños consiguen expulsar gases. Su contrapunto es la mayor duración del acto quirúrgico y la destreza del cirujano.

5. ACTITUD CONSERVADORA EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO EN NIÑOS. *Fuentes Ortiz A, Prieto Tato LM, García García MD, Gómez de Quero Masía P, Gaboli M, Rodríguez Barca P*. UCIP Hospital Universitario de Salamanca. * Cirugía Pediátrica Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción: El traumatismo abdominal aparece en un 13-20% de los accidentes y se considera un indicador de gravedad, siendo más frecuente el trauma cerrado. Las últimas guías recomiendan el tratamiento conservador en la medida de lo posible. Esta actitud requiere una monitorización adecuada, frecuentemente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) y de una estrecha colaboración con el equipo de cirugía pediátrica. A corto plazo reduce la estancia hospitalaria, las complicaciones, la necesidad de transfusiones y permite conservar vísceras importantes.

Objetivos: Valorar nuestra experiencia en el traumatismo abdominal cerrado en los niños ingresados por este motivo en nuestra Unidad y los resultados obtenidos con el tratamiento conservador.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de todos los casos de traumatismo abdominal cerrado ingresados en UCIP entre los años 2003 y 2005.

Resultados: Ingresaron 14 pacientes, de los que el 79% fueron varones y la edad media fue de 7,1 años, pudiendo definirse dos picos de incidencia: en la etapa escolar y en la pre-adolescencia. Los traumatismos abdominales cerrados aislados fueron poco frecuentes (29%) incluyéndose la mayoría en el contexto de un politraumatismo. El ITP medio de la muestra fue de 8,2. El mecanismo de lesión más frecuente fue la caída (30%), seguida del atropello, el tráfico ocupante de vehículo y las caídas en bicicleta. En un 71% de los pacientes se empleó la TC como prueba diagnóstica. La ecografía abdominal se utilizó principalmente como método de screening y de seguimiento evolutivo. En la mayoría de los pacientes la víscera lesionada fue sólida (80%), concretamente el hígado (41%) y en segundo lugar el bazo (29%). La lesión hepática fue leve, grado I, hasta en un 57% de los pacien-

tes. La lesión del bazo fue generalmente más grave: un 40% grado IV y un 20% grado V. La víscera hueca que se lesionó con mayor frecuencia fue el intestino delgado. Un 57% de los pacientes mostró inestabilidad hemodinámica, requiriendo reposición de volumen con cristaloides y/o coloides (media de 30 cc/Kg) y un 87,5% de ellos terapia transfusional (media de 25 cc/Kg de concentrado de hemáties). El tratamiento fue conservador en un 86% de los pacientes y la evolución posterior ha sido favorable. Dos pacientes precisaron intervención quirúrgica: un caso de perforación ileal y una lesión hepática grado III con sangrado activo e inestabilidad hemodinámica a pesar de reposición de volumen. Falleció un paciente (7%) con importantes lesiones extraabdominales. La estancia media en UCIP fue de 6,6 días.

Conclusiones: 1. El tratamiento conservador de los traumatismos abdominales cerrados en la infancia proporciona muy buenos resultados. 2. Esto exige una monitorización y vigilancia estrechas del paciente en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, así como la disponibilidad de realizar una cirugía urgente. 3. Esta actitud evita la esplenectomía y las potenciales complicaciones que puede conllevar en un futuro.