

ACCIDENTES, INTOXICACIONES

1

¿SE RESPETAN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES?

F. Cantarell Busque, C. Colavita, A. Claramunt Valls
ABS Anoia Rural. Igualada, Barcelona.

Se valoró el uso eficaz de las medidas de prevención de accidentes, en un área básica rural, cuyo denominador común es la dispersión de la población en 15 municipios. Se evaluó la población infantil de nuestra área básica, dividiéndola por grupos de edad. Se realiza un estudio transversal a través de encuestas a los padres que consultan en nuestro servicio de pediatría y posteriormente se refuerza la educación sanitaria correspondiente a cada grupo. Se presentan los resultados obtenidos de la primera encuesta y valoramos tanto el nivel de educación en prevención de accidentes como el trabajo realizado previamente por nuestro servicio.

2

SÍNDROME DE TORNIQUETE POR PELOS

N. Docampo Pérez, M.J. Corullón Fernández, Y. Rodríguez Gallego,
 S. de Castro Vañentín, D. López Pacios, I. Acuña Ruiz
Servicio de Pediatría. Hospital de El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. El síndrome del torniquete alude a una estrangulación severa de algún apéndice por una fibra y se observa principalmente en jóvenes lactantes. Presentamos a un lactante varón de 3,5 meses con síndrome del torniquete por pelos (STP).

Caso clínico. Lactante varón de 3,5 meses, ingresado por presentar desde hace 24-48 horas enrojecimiento y edema progresivo del cuarto dedo pie derecho, donde la madre había apreciado unas horas antes un mechón de pelos envueltos. A nivel de la falange proximal del cuarto dedo del pie derecho se aprecia un surco circular profundo con pérdida de todo el espesor de la piel, enrojecimiento y edema distal a la estrangulación. Se realizó extracción de pelos y tratamiento con cloxacilina. Curó sin secuelas en diez días.

Comentarios. El STP es una entidad infrecuente. Ocurre principalmente en lactantes, sobre todo varones. Están implicados con más frecuencia los dedos de los pies, seguidos de genitales y dedos de las manos. Ante la ausencia de una explicación razonable y la meticulosa envoltura de la fibra alrededor del apéndice, muchos han atribuido su etiología a prácticas socio-culturales o de abuso infantil. Si el tratamiento es precoz, con extracción completa de todas las fibras, el pronóstico es bueno.

3

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO. PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

I. Pagán Muñoz, S. Pérez Sanchez, J.F. Soriano,
 C. Solano Navarro, J.A. Mula García
Centro de Salud de Puerto Lumbreras. Lorca, Murcia.

Introducción. Presentamos un nuevo caso de aspiración de cuerpo extraño en la infancia con clínica de crisis de sofocación y tos; hipoventilación derecha y hallazgos radiológicos compatibles. A pesar de la frecuencia del cuadro realizamos este trabajo a modo de llamada de atención para tener en cuenta este diagnóstico siempre, en caso de tos o sibilantes de aparición brusca y/o evolución crónica, así como insistir en la importancia de la prevención primaria.

Caso clínico. Niña de dos años y medio de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta tos húmeda y sibilantes de aparición brusca desde seis días antes que no ceden con tratamiento habitual. Dos días antes de iniciar sintomatología refiere crisis de sofocación mien-

tras comía cacahuets. En la exploración destaca hipoventilación generalizada del hemitórax derecho y algún sibilante aislado. Las radiografías de tórax muestran atrapamiento aéreo derecho. Por lo que es remitida al hospital donde se realiza extracción mediante broncoscopio rígido Storz nº 4, encontrando restos de cacahuete en bronquio principal derecho, comprobándose posteriormente la permeabilidad de ambos bronquios. Profilaxis antibiótica y radiografía de control a la semana normal.

Discusión y conclusiones. Al revisar la literatura reciente comprobamos que a pesar de la disminución de la mortalidad por cuerpo extraño sigue suponiendo un 7% de todos los accidentes mortales de los niños menores de 4 años, alcanzando hasta el 40% en menores de un año. Mortalidad 1%. Predominio en varones. Un 60-80% de las aspiraciones corresponden a vegetales, principalmente frutos secos, menos frecuente otros restos alimentarios y objetos de metal y plástico. La mortalidad ha disminuido en los últimos años gracias a la mejora de aparataje y medios diagnósticos, por una mejor educación sanitaria y una normativa cada vez más rigurosa. A modo de conclusión incidir sobre la importancia de la prevención primaria con consejos básicos a la población general, padres y cuidadores. Prohibir alimentos del tipo frutos secos y *snack* en menores de 5 años. Impedir que los niños coman, jueguen, anden o lloren con objetos en la boca. Evitar juegos con objetos pequeños o fácilmente desmontables. Enseñar a los niños a masticar despacio y correctamente. Instruir a la población en maniobras de desobstrucción de la vía aérea. Respecto a la prevención secundaria, recordar la posibilidad de aspiración de cuerpo extraño ante cuadros de tos y sibilancias de aparición brusca y/o curso crónico, o neumonías de repetición.

ADOLESCENCIA

4

EL ADOLESCENTE NO DEMANDANTE

M.J. Pérez Tabernero, C. Acevedo, T. Mate
Centro de Salud Tres Cantos, Madrid.

Analizamos el comportamiento en consulta de los adolescentes de 14 años, se seleccionaron 499 historias de adolescentes que cumplieron 14 años durante el 2005, 267 mujeres (53,5%) y 232 hombres (46,5%). Se eliminaron 24 historias por no constar datos en los dos últimos años, realizando el estudio sobre 474 historias.

Objetivo. Conocer el comportamiento del adolescente en su primer año de contacto con su MF.

Resultados. Consulta programada de revisión 321 (67,7%), no acudieron a revisión 153 (32,3%), vacunados correctamente 345 (72,7%), no vacunados 154 (27,3%). Se encontró patología en 34 (9,8%) la más frecuente trastornos de columna. Consulta de demnada: se realizaron 527 (media 1,1): acudieron en el transcurso del año 112 adolescente en una ocasión, 63 en dos, 34 en tres, 22 en cuatro, 18 en cinco o más de cinco ocasiones.

Conclusiones. La cobertura vacunal alcanzada no es correcta. La revisión no detecta prácticamente patología. El adolescente de 14 años es poco demandante.

5

OBESIDAD EN ADOLESCENTES

J. Plaza Almeida, R. Tomás Navarro, F.J. López Sánchez, C. Sánchez López,
 M.J. Ortigosa Melendezo, M.J. García Rodenas
Centro de Salud Zona 1 de Albacete.

Objetivos. Conocer la prevalencia de obesidad en niños de 12-16 años de una consulta de pediatría de Atención Primaria. Comprobar si tienen antecedentes familiares (AF) que supongan factores de riesgo para su obesidad. Encontrar los errores dietéticos más frecuentes mediante encuesta

alimentaria. Valorar si estos niños mejoran con los controles bimensuales en nuestra consulta. Conocer la etiología de la obesidad de nuestros adolescentes.

Material y métodos. Revisamos los datos somatométricos de 260 niños. Se define al niño como obeso cuando su IMC está por encima del percentil 95 para su sexo y edad. A estos niños se les pasa una encuesta sobre hábitos alimentarios, actividades físicas y sedentarias. También se registran los AF de obesidad, hipertensión arterial, diabetes (DM) y dislipemias. Se dan consejos y se citan bimensualmente.

Resultados. Prevalencia de obesidad del 15%. Se consigue captar al 35,89%. Reducen su IMC el 50% de los captados. Los errores dietéticos más frecuentes son la falta de desayuno y la ingesta de abundantes zumos y refrescos. Los AF de riesgo más frecuentes son sobrepeso y DM. El 100% de la obesidad es de etiología exógena.

Conclusiones. La prevalencia de obesidad coincide con la bibliografía. Nuestra intervención consigue buenos resultados. La obesidad de los adolescentes es de etiología exógena. Hacen falta intervenciones similares.

6

ALGUNOS FACTORES ASOCIADOS A LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE LA ENSEÑANZA MEDIA DEL MUNICIPIO 10 DE OCTUBRE, CUBA. 2005

B.R. Gallego Machado

Especialista de II grado en Pediatría. Profesor Auxiliar de Pediatría.

Coordinadora del Grupo de Trabajo Nacional de Puericultura.

Policlínico Docente Lawton.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante muestreo aleatorio de 1.386 de los 8.860 adolescentes de la enseñanza media que representan el total de estudiantes obtenido según listado oficial proporcionado por el municipio de Educación de 10 de Octubre, en el período correspondiente al primer cuatrimestre del año 2005 con el objetivo de analizar algunos conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de la enseñanza media. La mayoría de los adolescentes y las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos y hubo un predominio de utilización de los mismos en el sexo masculino, que también refieren iniciar más precozmente las relaciones sexuales. El mayor número de los adolescentes de ambos sexos demostraron conocimiento de las infecciones de transmisión sexual siendo el SIDA de las más mencionadas y la mayoría de los iniciados sexualmente vivían sólo con la madre; éstas fueron, entre otras, las conclusiones más relevantes encontradas. Se enfatiza en la importancia de la labor del médico y la enfermera de la familia en las actividades de educación para la salud en esta etapa tan importante de la vida en temas relacionados con la sexualidad.

7

¿BEBES?, ¿QUÉ BEBES?, ¿QUÉ BEBEN?

M. Serrallonga Capdevila, R.Espunya Giralt, C. Cerezo Goyeneche,

V. Gómez Portabella, C. Cerbino Povea, E. Medina Cachinero

ABS Girona-3 CAP Montilivi. Girona.

Objetivos. Conocer: 1. Tipo de bebidas toman nuestros adolescentes; 2. Tipo de bebida toman cuando hacen deporte; 3. Qué beben cuando salen entre semana; 4. Qué bebida aumentan el consumo durante el fin de semana.

Material y métodos. Tipo de estudio: descriptivo transversal. Sujetos de estudio: adolescentes entre 13 y 19 años. Criterios de inclusión: alumnos de ESO y bachillerato. Muestra: 360 sujetos.

Resultados. Un 76,2% compra bebidas fuera del instituto (48,5% agua. Cerveza y energéticas en menor cuantía). Un 25,6% toma energéticos cuando hacen deportes. Al realizar reuniones post-escolares no cambian los hábitos de la toma de bebidas. Un 45,6% bebe cerveza entre semana. 76,5%

aumenta la ingesta durante el fin de semana (34,2% agua y 28,8% cerveza). En menores de 15 años aumenta un 19,7% el consumo de energéticos durante el fin de semana frente a un 7,2% en los mayores de 16 años. El consumo de cerveza aumenta un 38,5% en los mayores de 16 años.

Conclusiones. Nuestros adolescentes consumen agua, energéticas y cerveza. Observamos que los menores de 15 años hacen un uso elevado de bebidas energéticas, sobretodo, cuando hacen deporte. En el caso de los mayores de 16 años, hay un consumo importante de cerveza, que aumenta considerablemente durante el fin de semana. Hacen falta estudios comparativos para poder refrendar los hallazgos de nuestro estudio.

8

DISFONÍA EN LA ADOLESCENCIA

D. Moreno Jiménez, B. Nieto Almeida¹, M.G. Serrano, F.G. Toranzo Salamanca. Servicio de ORL. ¹Servicio de Pediatría Hospital Clínico de Salamanca. Hospital Universitario Virgen de la Vega.

Introducción. En el comportamiento vocal de los adolescentes se deben tener en cuenta los cambios anatómicos de la laringe y los cambios psicosociales (interrelación familiar y social) que conllevan cambios en la voz. El diagnóstico de la disfonía se realiza con una anamnesis detallada (antecedentes personales, asociación con otra sintomatología, evolución de disfonía) y exploración laríngea. Cuando el pólipo-nódulo está en una fase incipiente, el tratamiento es conservador con rehabilitación foniátrica. Si el pólipo-nódulo está organizado el tratamiento es quirúrgico, con posterior tratamiento foniátrico.

Casos clínicos. *Caso 1:* paciente mujer de 16 años, que acude a consulta de ORL por presentar disfonías de 2 años de evolución, que empeoran con esfuerzos vocales, de 4-5 días de duración y en algunas ocasiones afonías totales. A.P: sin interés. Exploración: laringoscopia directa, pólipo cuerda vocal derecha. Tratamiento: microcirugía laríngea con exéresis de pólipo y posterior tratamiento foniátrico. *Caso 2:* paciente mujer de 17 años, que acude a consulta de ORL por presentar disfonía de 1 mes de evolución. Como desencadenante comenta que realizó un esfuerzo vocal durante un concierto. A.P: sin interés. Exploración: laringoscopia directa, pólipo angiomatoso cuerda vocal izquierda. Tratamiento: microcirugía laríngea y exéresis de pólipo y posterior tratamiento foniátrico.

Conclusión. Las disfonías asociadas a patología benigna de la laringe, en la adolescencia, suelen estar asociadas a un abuso de la voz, sobre una laringe en proceso de maduración. Los factores de riesgo asociados son: problemas de comportamiento, hiperactividad, entorno familiar con tonos elevados de voz, asma crónica, reflujo gastroesofágico, etc. La disfonía en la adolescencia se relaciona con un tipo de personalidad, en el que existe un abuso vocal.

ALERGIA E INMUNOLOGÍA

9

ASISTENCIA ALERGOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP): 1ª EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BARCELONA

X. Perramón Montoliú, L. García Ollé, M.T. Dordal, A. Pérez Ferrada¹,

J.L. Seculi Palacios, R. Castilla Chávez, Y. Muñoz Blázquez,

L. Ancochea Serraima, E. Martí Guadaño¹

Equipo de Pediatría E.A.P. Drete de l'Eixample. Barcelona. ¹Unitat Diagnòstic Al·lèrgia Medicamentosa. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Objetivo. Incorporar un alergólogo al centro con la finalidad de reducir el tiempo de espera de visita, evitar desplazamientos y aproximar al especialista al equipo de AP.

Metodología. Desde mayo de 2005 un alergólogo y una enfermera especializada pasan consulta dos días por semana en el centro de AP para

atender pacientes pediátricos con sospecha de patología alérgica. Se les realiza anamnesis, exploración, pruebas cutáneas y funcionalismo pulmonar.

Resultados. Entre mayo de 2005 y abril de 2006 se atendieron 145 pacientes con predominio ligero del sexo masculino, edad media de 6,3 años y antecedentes familiares de atopia en 57% de los casos. Los motivos de consulta fueron: patología respiratoria (82,7%), cutánea (18,6%), sospecha de alergia alimentaria (9%) y medicamentosa (2,8%). En el 70,3% de los casos el estudio alérgico fue positivo. Se realizaron 36 espirometrías y 34 pruebas de broncodilatación. Únicamente el 4,8% precisaron derivación hospitalaria. El tiempo de espera de visita fue en todos los casos inferior a los 10 días.

Comentarios. Con el desplazamiento del especialista a AP se consigue reducir el tiempo de espera de primeras visitas y la carga asistencial hospitalaria, permite establecer un diagnóstico etiológico precoz y facilita la comunicación con los profesionales de AP.

10

¿QUÉ LE PASA A MI SALIVA?

M.J. Corullón Fernández, N. Docampo Pérez, S. de Castro Valentín,
Y. Rodríguez Gallego, D. López Pacios, B. López Prada
Hospital de El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. La dermatitis atópica es un padecimiento crónico y recurrente de la piel que se caracteriza por lesiones con enrojecimiento, prurito intenso y sequedad en diferentes partes del cuerpo. Se presenta en brotes agudos, por tiempos e intensidad variables. Se caracteriza por reactividad muy alta de la piel a estímulos físicos e irritantes directos, y una mayor susceptibilidad a cierto tipo de infecciones cutáneas (como los hongos o el estafilococo).

Caso clínico. Niña de 11 meses de edad que desde los seis presenta enrojecimiento peribucal, prurito intenso y lesiones costrosas que desaparecen tras el tratamiento con corticoides tópicos. Siendo diagnosticada de dermatitis atópica, presenta empeoramiento sin tratamiento tópico. Tras un estudio de cinco meses de duración, se observa una reacción atópica en todas las zonas que entran en contacto con la saliva de la lactante. Se instaura tratamiento con corticoides tópicos y aumento de la higiene peribucal consistente en mantener seca y limpia de salivación la zona, a lo que contribuyó la erradicación del chupete.

Conclusiones. Ante una patología frecuente como la dermatitis atópica no debemos olvidar hacer una revisión de los factores etiológicos que la producen, así como un diagnóstico diferencial de otras patologías que cursan con exantemas. No olvidar que también se conoce a éste padecimiento como neurodermatitis, debido a que se demostró que este tipo de piel tiene una reacción anormal en ciertos reflejos cutáneos, debido a alteraciones en las terminaciones nerviosas sensitivas de la piel, que normalmente controlan, por ejemplo, la sudoración, la dilatación de los capilares cutáneos o la secreción de glándulas sebáceas de la piel o la salivación.

11

TIROIDITIS AUTOINMUNE EN LA EDAD ESCOLAR

M. Carmona Ruiz, M.D. Gómez Bustos, C. Cuadrado Caballero,
J.A. Bermúdez de la Vega, J. González Hachero
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La tiroiditis linfocitaria crónica es un proceso inflamatorio del tiroides producida por trastornos autoinmunitarios que condicionan alteraciones en la función de la propia glándula tiroidea.

Resumen. Caso clínico: niña de 10 años que consulta por aumento del tamaño del cuello, ganancia ponderal de 7 kg en los últimos tres meses.

Examen físico: peso 51 kg (P 97), talla 149 cm (P 75-90), índice de masa corporal 22,9 kg/m², bocio de consistencia firme grado II que se desplaza con la deglución, resto exploración normal. Exámenes complementarios: hemograma normal, bioquímica: colesterol 260 mg/dL, resto, hormonas tiroideas: TSH 180 mcUI/mL (0,4-4 mcUI/mL). T4L: 0,41 ng/dL (7-15 ng/dL). Marcadores de autoinmunidad: anti-TPO 1994 UI/mL (\leq 35 UI/mL), anticuerpos antitiroglobulina: 655 UI/mL (\leq 120 UI/mL), ecografía doppler de tiroides: hallazgos compatibles con tiroiditis en fase aguda. Diagnóstico: tiroiditis autoinmune en fase de hipotiroidismo. Tratamiento: L-tiroxina a 25 mcg/día. Evolución: favorable con normalización del perfil tiroideo y desaparición del bocio.

Comentarios. La tiroiditis linfocitaria crónica predomina en el sexo femenino, siendo más frecuente durante la adolescencia. El hallazgo clínico más frecuente es la presencia de bocio que suele detectarse en la exploración física rutinaria. La mayoría de las ocasiones el estado del paciente es de eutiroidismo. El tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea se realizará sólo en situaciones de hipotiroidismo. El interés del caso radica en la detección precoz de patología tiroidea a través de síntomas que pueden pasar desapercibidos como aumento del tamaño del tiroides y retraso velocidad del crecimiento.

CARDIOLOGÍA

12

CRISIS HIPERTENSIVA COMO MANIFESTACIÓN DE COARTACIÓN DE AORTA EN UN NIÑO DE 12 AÑOS

L. Albert de la Torre, E. Garrido Borreguero, J.M. Avilla Hernández,
D. Hernández-Martín, J. Arnáez Solís, C. Troyano Rivas, N. Gutiérrez Cruz,
M.A. Roa Francia, P. Pujol Buil
Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid.

Introducción. La HTA en la infancia es infrecuente y secundaria en la mayoría de los casos.

Caso clínico. Varón, 12 años; presenta visión borrosa, palpitaciones, cefalea, y vómitos. AP: aumento TA desde los 9 años, tratamiento dietético. EF: TA 160/90 (> p97 para talla, edad, sexo); soplo sistólico I/VI, pulsos femorales débiles. Estudio analítico, radiológico y EKG, normal. Ecocardiograma: coartación de aorta severa. Gradiente 40 mmHg entre TA de MSD y MID. Tratamiento: atenolol y corrección de coartación (dilatación y *stent*). Postcirugía TA normal, retirándose medicación. Posteriormente presenta crisis hipertensiva (TA 160/85), controlada con atenolol.

Discusión. La TA elevada de forma mantenida, o acompañada de síntomas debe alertar de la existencia de una enfermedad subyacente. La coartación de aorta es una causa frecuente de HTA en el lactante, pero excepcional en etapas posteriores. La HTA esencial en la adolescencia es cada vez más frecuente.

Conclusiones.

- Importancia de buscar causas secundarias ante cifras de TA elevadas mantenidas.
- La toma de TA en las 4 extremidades en toda HTA es una medida orientativa y sencilla que debe realizarse de forma rutinaria.
- La HTA secundaria a coartación de aorta puede persistir meses o años tras la cirugía, precisando control y tratamiento.

13

DOLOR TORÁCICO: FORMA DE PRESENTACIÓN DE AGENESIA DE PERICARDIO

C. García Peláez, M.J. Llobera Bauzá, V. Ollés Arroyos
CAP María Bernades. Viladecans, Barcelona.

La agenesia de pericardio es una entidad rara que se presenta en la mayoría de casos de forma asintomática. Los defectos parciales son los que

refieren más clínica, que varía desde dolor precordial hasta la muerte súbita. En el 80% de casos el defecto se limita al lado izquierdo del corazón.

Caso clínico. Niña de 5 años que acude por fiebre de 7 días de evolución asociada a dolor torácico. Antecedentes: soplo sistólico catalogado de funcional con ecocardiografía normal. Episodios de dolor torácico ocasionales que habían requerido atención en urgencias. Se practicó Rx de tórax apreciándose desplazamiento de la silueta cardiaca a la izquierda con prominencia de la arteria pulmonar. Se deriva al Hospital practicándose ecocardiografía que fue normal. RMN que orienta posible agenesia parcial de pericardio. Se practica toracoscopia diagnóstica observándose agenesia total de la parte izquierda del pericardio.

Conclusiones.

- La Rx de tórax orienta el diagnóstico de agenesia de pericardio.
- La ecocardiografía no aporta información suficiente.
- El diagnóstico diferencial entre defecto parcial y completo es a través de RMN en sincronización con el ritmo cardíaco mediante guía ecocardiográfica.
- Es importante su diagnóstico dada la posibilidad de complicaciones letales si el defecto es parcial.
- Puede asociarse a otras anomalías.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

14

LINFANGIOMA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Rodríguez Mesa, C. Garriga Braun, M. Muñoz Díaz, N. Casillas Díaz, E. Cascón Criado, G. Galindo Doncel, M. Tapia Ruiz
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Se presenta el caso de una paciente con distensión abdominal de 2,5 meses de evolución y anemia ferropénica temporal corregida, como única sintomatología, derivada a nuestro centro hospitalario para realización de ecografía abdominal. Tras realización de pruebas complementarias así como cirugía y estudio anatomopatológico es diagnosticada de **linfangioma abdominal**. Los linfangiomas son malformaciones congénitas benignas del sistema linfático. Su origen es debido a la falta de drenaje por aplasia linfática congénita de alguna región corporal y posteriormente desarrollo de una cavidad quística de contenido serolinfático. Su localización abdominal es muy poco frecuente (2-8%), no existe sintomatología típica y la forma de presentación más frecuente es inespecífica. Es diagnóstico preoperatorio se realiza sólo en el 25% de los casos y el definitivo solo se obtiene por anatomía patológica ya que es la única forma de diferenciarlo del mesotelioma quístico benigno (mediante técnicas inmunohistoquímicas con marcadores específicos).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

15

LA ECOGRAFÍA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN INSTRUMENTO PARA LUCHAR CONTRA EL BURN OUT

L. Gargallo García, J.V. Morena Hinojosa
Centro de Salud Puertollano II. SESCAM. Ciudad Real.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en la práctica de ecografía en la consulta pediátrica como ayuda exploratoria que nos permite corroborar diagnósticos con la imagen, verificar normalidad o descartar patología, realizar un seguimiento de patología y combatir el *burn out* de la rutina.

Material y métodos. En el período febrero-junio 2006 hemos realizado 57 ecografías a 47 niños (3% de la población asignada) en nuestro Centro de Salud, en edades comprendidas entre los 7 días de vida y 13 años, 21 varones

y 26 mujeres, de las siguientes localizaciones: 33 abdominales, 5 cerebrales, 2 testiculares, 2 de tiroides, 5 superficiales (de partes blandas y articular).

Resultados. En la tabla mostramos la incidencia de ecografías con hallazgos y las que resultaron normales, así como las que fueron corroboradas por el servicio de radiología.

En 8 pacientes se realizaron ecografías de seguimiento.

Conclusiones. La práctica de ecografía en la consulta de Pediatría de Atención Primaria es una herramienta útil para el diagnóstico, ya sea para la detección de patología como para confirmar la normalidad, de fácil acceso y con posibilidad de seguimiento inocuo, que aporta el beneficio adicional de la satisfacción profesional.

16

MALFORMACIÓN DE FOSA POSTERIOR "VARIANTE DE DANDY-WALKER": SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.V. Morena Hinojosa, L. Gargallo García
Centro de Salud Puertollano 2. Puertollano. Ciudad Real.

Introducción. Desde que disponemos de ecógrafos en Atención Primaria, podemos realizar mejor el seguimiento y despistaje de determinadas patologías, como ilustramos en el siguiente caso clínico.

Caso clínico. Lactante varón, hijo de padres sanos. Embarazo actual controlado y diagnóstico prenatal de malformación de Dandy-Walker con 29 semanas. Parto pretérmino, a las 35 semanas de edad gestacional, por rotura prematura de membranas, vaginal y eutócico. Peso al nacer 1.965 gm (P25), talla 45 cm (P 25-50), perímetro cefálico 31 cm (P10-25). Apgar 8-9 y exploración normal. Diagnosticado tras nacer por ecografía y resonancia magnética de "malformación de fosa posterior: variante de Dandy-Walker": vermis cerebeloso hipoplásico, comunicación entre el IV ventrículo y una formación quística en fosa posterior, que no estaba aumentada de tamaño, y ventriculomegalia a expensas de los ventrículos laterales. Lesión quística en la parte posterior del III ventrículo. Otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos de tronco negativos, en estudio. Se descartaron otras malformaciones. Se realizaron ecografías cerebrales seriadas en el Centro de Salud, constatándose el aumento de la hidrocefalia, que se aportaron para valoración por neurología infantil.

Conclusión. La ecografía constituye una ayuda en el seguimiento de determinadas patologías en Atención Primaria y un estímulo para los profesionales.

ENDOCRINOLOGÍA, CRECIMIENTO, OBESIDAD

17

NIVELES ELEVADOS DE LEPTINA SE CORRELACIONAN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CON MARCADORES DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN NIÑOS OBESOS PREPÚBERES

M. Valle Jiménez, F. Bermudo Guitarte, G. Álvarez Corral,
*R. Martos Estepa, F. Gascón Luna, R. Ríos Tamayo
Laboratorio Clínico. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

Introducción y objetivos. Niveles elevados de leptina se describen como factor de riesgo para enfermedad arterial coronaria y se relacionan con el desarrollo del síndrome metabólico. Pretendemos determinar los valores de leptina en niños obesos prepúberes, así como analizar su posible correlación con el grado de obesidad y de resistencia a la insulina.

Material y métodos. Estudiamos 58 niños obesos y 61 no obesos, ambos de 6 a 9 años. La insulina y la leptina se determinaron por enzimoanálisis. HOMA se calculó mediante la siguiente fórmula: [insulina (mU/L) x glucosa (mmol/L)]/22,5.

Resultados. La media de edad para el grupo de obesos es 7,99 años y 7,74 años para no obesos ($p=0,178$). La concentración de leptina fue sig-

nificativamente superior ($p < 0,001$) en los niños obesos 19,36 ng/mL vs 4,68 ng/mL. En los niños obesos, la concentración de leptina se correlacionó de forma positiva con los niveles de insulina, HOMA e IMC.

Conclusiones. Desde edades muy tempranas se describe, en el niño obeso, niveles elevados de leptina. La leptina podría participar en el desarrollo del síndrome metabólico de una forma indirecta, facilitando el desarrollo de resistencia a la insulina, como lo demuestra su asociación descrita.

18

PAPEL DEL TEJIDO ADIPOSO EN LA INFLAMACIÓN DE BAJO GRADO ASOCIADA A LA OBESIDAD INFANTIL

R. Martos Estepa, R. Morales Camacho, ¹M. Urbano Ramos, ¹M. Valle Jiménez, I. Aragón López, R. Cañete Estrada
Centro de Salud de Pozoblanco, Córdoba.

Introducción y objetivos. La obesidad se considera una condición inflamatoria y se asocia a niveles elevados de proteína C reactiva (PCR). En esta inflamación el tejido adiposo puede participar liberando interleukina-6 (IL-6). Pretendemos analizar la concentración de estas variables proinflamatorias en el niño obeso prepúber, así como su posible correlación.

Pacientes y métodos. Estudiamos 47 niños obesos e igual número de niños no obesos pareados por edad y sexo. La PCR se cuantificó por nefelometría y la IL-6 por un inmunoensayo.

Resultados. La media de edad para el grupo de obesos fue 7,68 años y 7,71 para los no obesos ($p = 0,871$). Con un IMC (kg/m^2) de 22,31 para el grupo de obesos y 16,68 para el control ($p < 0,001$). La media de PCR fue significativamente superior ($p < 0,001$) en los niños obesos 1,68 mg/L vs 0,91 mg/L control. La concentración de PCR se correlacionó de forma positiva con los niveles de IL-6 ($r = 0,466$; $p < 0,001$).

Conclusiones. En el niño obeso se describen, desde edades tempranas, niveles elevados de PCR (marcador sensible de inflamación). En este aumento de PCR posiblemente participe de forma directa el tejido adiposo, liberando citocinas proinflamatorias como la IL-6.

19

RELACIÓN ENTRE LA DIETA, ACTIVIDAD FÍSICA, PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO ATEROGÉNICO EN NIÑOS PREPUBERALES GRANADINOS

E. Martín-Bautista, M. Martín-Matillas, J.A. Martín-Lagos, V. Dolz, V. Escolano, A. Bayés, J. Quer¹, E. Ruiz-Requena², C. Campoy
Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. ¹Grup d'Estudis Nutricionals i Alimentació (GENA) en Barcelona. ²Departamento de Bioquímica. Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

Objetivo. Se estudió la relación entre la dieta, medidas antropométricas, concentraciones plasmáticas de lípidos e índices de riesgo aterogénico en 70 niños saludables de Granada entre 6-12 años.

Material y métodos. Evaluación nutricional, medidas antropométricas (índice de masa corporal-IMC, pliegues cutáneos y perímetros), encuesta y pruebas sobre actividad física (AF). Bioquímica: espectrofotometría: colesterol total (CT), colesterol HDL (cHDL), colesterol VLDL (cVLDL) y triglicéridos (TG) en mg/dL. Fórmula de Friedwald: colesterol LDL (cLDL). Índices aterogénicos (IA1)=LDLc/HDLc y (IA2)=(cVLDL+cLDL)/cHDL. Análisis estadístico: test Student/Welch "t", test de Pearson y Spearman (*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$).

Resultados. El 100% de los niños presentaron exceso de ingesta de grasa total (> 80 g/día), ácidos grasos saturados (> 8 g/día) y el 80% exceso de colesterol (> 300 mg/día). El 57% consumían exceso de kilocalorías (> 2.450 kcal/día) y padecían deficiencias de calcio (90%), yodo (76%) y fósforo (22%). Niños: 26,2% tenían sobrepeso, 7,1% obesidad; niñas: 25%

padecían sobrepeso, 10,7% obesidad. Las correlaciones fueron: IMC con TG, cVLDL, IA1 y IA2 ($r = 0,389^{**}$; $r = 0,290^{**}$; $r = 0,434^{**}$; $r = 0,553^{**}$), respectivamente. Correlación inversa entre IMC y cHDL ($r = -0,366^{**}$). Los pliegues cutáneos (bíceps, tríceps, subescapular y abdominal) se correlacionaron con IMC: $r = 0,860^{**}$, $r = 0,859^{**}$, $r = 0,826^{**}$ y $r = 0,788^{**}$). El 11,1% de los niños tenían el CT $> P95$ (200 mg/dL), 14,8% de ellos tenían los TG $> P95$ (110 mg/dL) y el 3,7% cLDL $> P95$ (150 mg/dL). El 30% de los niños no practicaban ningún tipo de actividad física y el 27% frecuentemente.

Conclusiones. Un alto porcentaje de los niños estudiados presentaron sobrepeso y obesidad, alto IMC, elevados TG, cVLDL, bajo cHDL y altos índices aterogénicos, y puede deberse a la dieta y escasez de actividad física, pudiendo predisponer en un futuro al padecimiento de enfermedades cardiovasculares y obesidad. Financiado por UNIBISCUITS Internacional.

20

SIGNOS CLÁSICOS DEL RAQUITISMO: CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE DOS CASOS

R. Jiménez Yáñez, F. Ardoy Ibáñez, G. Torralbo Caballero, L. González Villanueva, L. del Rey Megías¹

Servicio de Radiodiagnóstico. ¹Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Objetivos. Valorar los hallazgos clínicos en el raquitismo y los radiológicos, íntimamente relacionados, en dos casos estudiados en nuestro hospital.

Material y métodos. Se realiza estudio descriptivo de los casos referidos con revisión de la literatura radiológica.

Resultados. Se describen los hallazgos radiológicos y se correlacionan con la clínica de nuestros pacientes. *Cabeza:* 1. Craniotabes; 2. Fontanelas amplias y retardadas; 3. Prominencia frontoparietal; 4. Dentición retrasada. Pérdida de lámina dura dental. *Tórax:* 1. Rosario costal; 2. Tórax campaniforme; 3. Surco de Harrison; 4. Tórax en pichón. *Extremidades:* 1. Engrosamientos de las muñecas; 2. Engrosamientos de los maleolos; 3. Genu varo; 4. Genu valgo.

Conclusiones.

– El hueso necesita adecuado equilibrio fosfocálcico para crecer y mineralizarse. La mineralización insuficiente origina raquitismo u osteomalacia dependiendo de si la fisis esta abierta o cerrada.

– Los cambios del raquitismo se observan en la fisis de los huesos de crecimiento rápido.

– El ensanchamiento epifisario y la pérdida de definición de la zona de calcificación epifisometarisaria son las señales iniciales del raquitismo.

– En estado avanzado la afectación de la placa de crecimiento es más evidente apareciendo la osteopenia (hueso de apariencia tosca), y el desarrollo de deformidades y fracturas.

– Los hallazgos radiológicos suelen preceder a la clínica.

21

RAQUITISMO A PROPÓSITO DE DOS CASOS OCURRIDOS EN NUESTRO HOSPITAL EN EL ÚLTIMO AÑO

R. Jiménez Yáñez, F. Ardoy Ibáñez, L. González Villanueva, L. del Rey Megías¹, G. Torralbo Caballero, R. Alpera Tenza

Servicio de Radiodiagnóstico. ¹Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Objetivos. Conocer dos casos de raquitismo.

Material y métodos. Estudio descriptivo.

Resultados. *Caso 1:* mujer de 19 meses, marroquí, con movilización dolorosa de miembro inferior izquierdo. Nunca bipedestación previa. Dieta adecuada. La serie ósea evidencia fracturas antiguas en radios, cúbitos, peroné y fémur izquierdos y una fractura reciente en fémur derecho y

marcado ensanchamiento de metafásis. Exploración: cabeza normoconformada, dentición completa, hiperlaxitud articular de ambos tobillos y ensanchamiento metafásico, sin rosario raquítrico. Estancamiento ponderoestatural. Exploraciones complementarias: sangre: hipocalcemia, normofosfatemia, fosfatasa alcalina elevada. PTH: 455 pg/mL 25 (OH) vitamina D y 1,25 (OH) vitamina D: descendidos. Radiología. Fracaso del tratamiento con vitamina D iv. Raquitismo pseudorencial tipo II. *Caso 2:* varón de 3 años, español, de raza negra, lactancia materna hasta los 18 meses, es estudiado por genu varo. Exploración: talla baja para su talla hereditaria, genu varo, ensanchamiento de ambas muñecas y discreto rosario costal. Pruebas complementarias: 13/06/05 30/09/05 calcemia 9.18 9.68; fosfemia 3.81 5.61 FA 715 411; calciuria 0.6 0.5; fosfaturia 38.7 53; potasuria 35 PTH 463 44; radiología. Raquitismo por déficit nutricional de vitamina D. Tratamiento vitamina D oral con buena evolución.

Conclusiones. Es una enfermedad infrecuente en nuestra sociedad, y el auge de la emigración justifica nuevos casos.

22

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (HSC). MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

L. Martínez, F. García, M. Parrilla, J. Rodríguez, J.M. Fernández, E. Narbona
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción. El déficit de 21-hidroxilasa es la forma clínica más frecuente de HSC. Existen formas de presentación clásicas con incidencia de 1:15.000 recién nacidos vivos y no clásica o de aparición tardía, estimadas en 1:1000.

Caso clínico. Presentamos dos casos de HSC por déficit de 21-hidroxilasa en su forma clásica diagnosticados en la etapa neonatal. *Caso 1:* se trata de un recién nacido cromosómico y gonadalmente femenino que es diagnosticado de déficit de 21-hidroxilasa en su forma pierde sal a raíz de su ambigüedad genital (estadio IV de Prader). *Caso 2:* neonato de 18 días de vida que ingresa en nuestro servicio por vómitos. El aspecto desnutrido y deshidratado juntos con los datos analíticos de hiponatremia orientan el diagnóstico hacia la sospecha de déficit del enzima 21-hidroxilasa.

Conclusión. La HSC es la causa más frecuente de ambigüedad genital. El diagnóstico precoz es primordial tanto para la asignación del sexo como para el tratamiento inmediato en casos de urgencia vital. En el ámbito de la Pediatría Extrahospitalaria es importante el diagnóstico de las formas no clásicas. Teniendo estos cuadros presentes en el diagnóstico diferencial ante síntomas como hirsutismo, pubarquia prematura, acné, trastornos del ciclo menstrual, etc., sin olvidar la importancia de la evaluación y control del tratamiento en función de datos clínicos y parámetros bioquímicos.

22 BIS

LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI YA ESTÁ AQUÍ

J.C. Flores González, P. Martín Cendón
Centro de Salud Federico Rubio. Puerto de Santa María, Cádiz.

Introducción. Los hábitos alimentarios y deportivos de los últimos años hacen que España sea el segundo país de la Unión Europea con mayor índice de obesidad infantil. Preocupa la aparición de alteraciones relacionadas con la obesidad (ortopédicas, respiratorias, psicológicas, hipercolesterolemia, hipertensión u obesidad en la edad adulta) en niños cada vez más jóvenes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se revisa la prevalencia de niños de 6-7 años de edad de una parte de la población de El Puerto de Santa María en los últimos 5 años que presentan un peso superior al percentil 97 en las tablas de Hernández, et al. Desde que se inauguró el Centro de Salud Federico Rubio se viene realizando la Salud Escolar; en

esta actividad, se pesa a todos los niños de primero de primaria (6-7 años), quinto de primaria y segundo de ESO.

Resultados. En los dos primeros años la cifra de aquellos niños que sobrepasaban el percentil 97 se mantuvo estable en un 6-8%. Pero a partir del curso escolar 2002-2003 se ha producido un progresivo ascenso en la prevalencia llegando al 13,5% en dicho año, al 17% en el año 2003-2004 y al 19% en este curso 2005-2006.

Conclusiones. Observamos un preocupante aumento del porcentaje de la obesidad infantil en niños de tan solo 6-7 años de edad en un período de tiempo tan breve como es 5 años. Creemos conveniente que se fomen talleres educativos especialmente dirigidos a los niños para fomentar hábitos alimenticios saludables e impulsar la práctica regular de ejercicio físico para así prevenir la obesidad.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIONES

23

QUERION DE CELSO

M. Herranz Llorente, M.J. González García, A. Rodríguez González, P. Barros García, A. López Lafuente, M.J. López Rodríguez, F.J. Romero Salas
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

La tiña del cuero cabelludo o tinea capitis es la infección del pelo del cuero cabelludo por hongos dermatófitos. Los dermatófitos parasitan exclusivamente en las estructuras queratinizadas. El querion de Celso es una forma inflamatoria de la tinea capitis producida en la mayoría de los casos por especies zoofílicas (*T. mentagrophytes* y *T. verrucosum*). Su clínica característica es una placa inflamatoria, muy aguda, que muestra supuración "en espumadera". Finalmente, suele determinar una zona de alopecia cicatricial definitiva. Suele acompañarse de adenopatías cervicales. El tratamiento de elección es la terapia antifúngica sistémica (griseofulvina), ya que los agentes tópicos no alcanzan de forma adecuada la raíz del folículo piloso. El tratamiento antimicótico tópico es útil en la fase inicial para reducir el riesgo de transmisión. En muchos casos existe sobreinfección bacteriana requiriendo asociar tratamiento antibiótico sistémico. Presentamos el caso de una niña inmigrante preadolescente con una clínica descrita, que precisó ingreso y tratamiento antimicótico sistémico, evolucionando favorablemente.

Comentarios.

- La tinea capitis debe ser considerada en todo niño con descamación en cuero cabelludo y/o alopecia ya que su presentación es variable.
- En nuestro medio no es una patología muy frecuente y la vemos en niños inmigrantes o con inmunodeficiencias.

24

INMIGRANTE CON MADRE AFECTA DE NEUROCISTICERCOSIS. REVISIÓN DE LAS INDICACIONES DE CRIBADO PARASITOLÓGICO Y DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN INMIGRANTES

E. Fernández Segura, E. Galindo Sacristán, P. Sierra Gutiérrez, P. Carrasco Rodríguez, R. Ortega Herrera
Centro de Salud San Antonio (Motril). Distrito Sanitario Granada Sur de Granada. Hospital General Básico de Motril.

La atención al niño inmigrante es un reto que se plantea a los pediatras de Atención Primaria en los últimos años. Andalucía es una de las comunidades con más inmigrantes. Se revisan las publicaciones realizadas en los últimos 5 años sobre parasitosis intestinales en niños inmigrantes y las indicaciones del estudio coproparasitológico.

Caso. Niña ecuatoriana cuya madre fue diagnosticada de neurocisticercosis. Había seguido controles médicos habituales en su país. Estudios

coproparasitológicos en 1ª visita y a los 3 meses negativos. Desarrollo pon-
deostatural adecuado.

Discusión. España es uno de los principales destinos de los inmigrantes. Ciertos autores apoyan el tratamiento preventivo en inmigrantes asintomáticos de zonas de alto riesgo, de manera que en los menores de un año de estancia en nuestro país se tratarían con albendazol (400 mg/día 5 días) sin estudio de parásitos (sin excluir explícitamente a niños). Esta recomendación basada en estudios coste-eficacia demostrarían que administrar albendazol a todos los inmigrantes por el riesgo de parasitosis intestinales podría ahorrar vidas y dinero. Esta práctica en niños no ha sido evaluada, por tanto, no hay evidencias o consenso, actualmente, que apoyen la recomendación sistemática de realizar estudios coproparasitológico ni profilaxis de parásitos intestinales en niños inmigrantes asintomáticos.

25

ASTROVIRUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA: APORTACIONES DESDE EL DIAGNÓSTICO VIROLÓGICO RÁPIDO CON PROTOCOLO SELECTIVO

J.M. Eiros, F.J. Luquero, M.R. Bachiller, J. Castrodeza,
I. Gracia, R. Ortiz de Lejarazu

Áreas de Microbiología, Pediatría y Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina y Atención Primaria de Salud del SACYL. Valladolid.

Objetivos. Se pretende estimar el incremento en el rendimiento que supone la incorporación de la búsqueda de astrovirus en un protocolo diagnóstico de gastroenteritis agudas y analizar la tendencia de la infección por otros virus de búsqueda habitual (rotavirus y adenovirus).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de dos décadas, en el que se han procesado 12.980 muestras de heces para diagnóstico de virus de gastroenteritis. Desde 1997 se ha aplicado a las muestras negativas para estos virus un enzoinmunoanálisis para astrovirus. Se ha dividido el tiempo de estudio en dos períodos (1986-1996 y 1997-2005) comparándose el porcentaje de pacientes en los que se obtiene un diagnóstico etiológico de virus gastrointestinales.

Resultados. Los porcentajes de positividad para rotavirus, adenovirus y astrovirus fueron 10,3%, 2,3% y 6,0% respectivamente, siendo infrecuente la aparición de coinfecciones (0,2%). La búsqueda de astrovirus permite aumentar el diagnóstico hasta un 16,8% de los casos estudiados, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre los dos períodos considerados. Se ha observado un crecimiento cuadrático en el diagnóstico de gastroenteritis víricas durante el período de estudio.

Conclusiones. La búsqueda de astrovirus en casos de gastroenteritis mediante un protocolo selectivo ha desmostado una buena rentabilidad diagnóstica en comparación con otros virus gastroenteríticos. A la vista de los resultados obtenidos, se puede concluir que cabe ampliar la búsqueda de astrovirus en heces de consistencia líquida o semilíquida cuando la detección de rotavirus y adenovirus sea negativa.

26

EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS DE USO SISTÉMICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE CASTILLA Y LEÓN DURANTE EL PERÍODO 2001-2005

M.E. Vázquez, E. Pastor, M.R. Bachiller, M.J. Vázquez, J.M. Eiros
Centros de Salud Rondilla II y Pilarica y Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Área Este del SACYL. Valladolid.

Objetivo. El presente trabajo pretende describir la evolución de la prescripción de antibióticos de uso sistémico de acuerdo con la dosis diaria definida (DDD), en población pediátrica a lo largo del último quinquenio.

Métodos. Se han estudiado retrospectivamente las variables asociadas a la prescripción de antibióticos de uso sistémico en la edad pediátrica (niños hasta 14 años) en Castilla y León.

Resultados. El volumen global de antibióticos de uso sistémico prescritos a la población infantil de Castilla y León durante el período analizado fue de 21,24 DDD por 1.000 habitantes y día. Ello equivale a que cada niño censado en nuestro medio recibió ocho días de tratamiento antibiótico anualmente y a que aproximadamente 21 de cada 1.000 pacientes pediátricos se encuentran diariamente en tratamiento antibiótico. La evolución de la prescripción presentó un curso fluctuante con escasa variación durante los años 2001 y 2001, con un volumen de 19,5 DHD (dosis media/mil habitantes/día); un destacado incremento con 25,05 DHD en el 2003 y un posterior descenso y estabilización durante el bienio 2004-2005, con volúmenes de 20,98 y 20,88 DHD respectivamente.

Conclusiones. En nuestra serie se establece de manera pionera la cuantificación de la prescripción de antibióticos de uso sistémico en nuestra Comunidad y se apunta una tendencia hacia la estabilización del consumo.

27

ANÁLISIS DE LOS SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS DE ANTIBIÓTICOS PRESCRITOS PARA USO SISTÉMICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

M.E. Vázquez Fernández, E. Pastor García, M.R. Bachiller Luque,
M.J. Vázquez Fernández, J.M. Pinilla Sánchez, J.M. Eiros Bouza
Centros de Salud Rondilla II y Pilarica y Hospital Clínico Universitario-Facultad de Medicina. Área Este del SACYL. Valladolid.

Objetivo. Describir el perfil de los subgrupos terapéuticos de antibióticos de uso sistémico, en población pediátrica a lo largo del último quinquenio.

Métodos. Se han analizado de modo retrospectivo las variables incluidas en una base de datos de gestión farmacéutica, asociadas a la prescripción de antibióticos de uso sistémico en niños menores de 15 años y referidas a las 243 zonas básicas de salud de Castilla y León.

Resultados. La prescripción de antibióticos se centralizó básicamente en cuatro subgrupos terapéuticos. Las penicilinas de amplio espectro fueron el subgrupo de mayor prescripción y representaron el 38% de las dosis diarias definidas (DDD) totales. Las penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasas constituyeron el segundo subgrupo de mayor prescripción, con un 34,3% de las DDD del total. En tercer y cuarto puesto se situaron las cefalosporinas (13,2% de las DDD) y el subgrupo de los macrólidos-lincosaminas (11,9%). El resto de los subgrupos representaron porcentajes bajos y agrupados supusieron el 2,6% del consumo global.

Conclusiones. En nuestro trabajo se documenta el protagonismo del grupo de las penicilinas de amplio espectro y de las asociadas a inhibidores de betalactamasas, que representan las tres cuartas partes de los antibióticos prescritos y aboga por la necesidad de optimizar su conocimiento en el ejercicio pediátrico, debido a su empleo generalizado.

28

EXANTEMA PETEQUIAL EN GUANTE Y CALCETÍN: PARVOVIRUS B₁₉

M.J. Sala Langa, J.M. Sequí Canet, D. Gómez Sánchez, A. Uribelarra Sierra,
M. Revert Gomar, M. Tomás Vila
Hospital Francisco de Borja de Gandía, Valencia.

Introducción. El parvovirus B₁₉ es el responsable de diferentes enfermedades exantemáticas pediátricas como el síndrome máculo-purpúrico en guante y calcetín.

Caso clínico. Adolescente varón de 12 años que consulta por exantema pruriginoso, aftas bucales y febrícula de 4 días de evolución sin otra sintomatología. Exploración: exantema petequeal puntiforme, bilateral y simétrico, de clara delimitación, que afecta a palmas, plantas y dorso de manos y pies, codos, axilas, zona perianal y periumbilical sin equimosis. Conjuntivitis bulbar sin secreciones. Aftas con estomatitis en boca. Resto normal.

Exploraciones complementarias:

- Hemograma: hemoglobina: 12, hematocrito: 34%, leucocitos: 3.500 (58% neutrófilos, 17% linfocitos, 17% monocitos), plaquetas: 131.000.
- Perfil básico de la coagulación: normal.
- Bioquímica: PCR: 3, FR: 31, VSG: 13, ASLO: 198.
- IgM parvovirus B 19 positiva, con IgG negativa.
- IgM VHS, VEB, VHB, CMV: negativa.
- ANA: negativo.

Se diagnóstica de síndrome máculo-purpúrico en guante y calcetín. Se inicia tratamiento sintomático con antihistamínicos. Mejoría evidente del prurito y del exantema en 72 horas.

Conclusiones. La importancia de éste síndrome radica en que clínicamente es un exantema llamativo y característico, de curso benigno y auto-limitado por lo que hay que evitar medidas agresivas que si están indicadas en exantemas petequiales de otras etiologías.

29

VARIABILIDAD MENSUAL DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS EN PEDIATRÍA

R. Bachiller Luque, M.E. Vázquez Fernández, E. Pastor García, M.J. Vázquez Fernández, J.M. Pinilla Sánchez, J.M. Eiros Bouza

Centros de Salud Rondilla II y Pilarica y Hospital Clínico Universitario-Facultad de Medicina. Área Este del SACYL. Valladolid.

Objetivo. Determinar el patrón temporal referido a meses del consumo de antibióticos de uso sistémico, prescritos en población pediátrica a lo largo de cinco años.

Métodos. Se han revisado retrospectivamente los datos de consumo de antibióticos reflejados en una base al uso y prescritos para empleo sistémico en la población de menores de 15 años asistidos en el período 2001-2005 en las 11 áreas de salud de Castilla y León.

Resultados. La evolución global de los antibióticos de empleo sistémico para todos los años estudiados varió en función del mes. Se objetivó un consumo máximo durante el mes de febrero (con 31,2 dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes), seguido de los meses de marzo, diciembre y enero, con un volumen de prescripción próximo a 25 DDD/1.000 habitantes. Se documentó un ligero ascenso en los meses de mayo y junio y un claro descenso en los meses de verano; siendo agosto el mes con un consumo menor (9,7 DDD). Las penicilinas, amoxicilina y la combinación amoxicilina-clavulánico responden a este patrón estacional.

Conclusiones. En nuestra serie se documentaron variaciones cíclicas intraanuales que pueden corresponderse con la demanda que se genera en la prescripción por la presentación de infecciones respiratorias agudas.

30

LEISHMANIASIS VISCERAL: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO Y TRATAMIENTO CON ANFOTERICINA B LIPOSÓMICA A ALTAS DOSIS

L. Gargallo García, E. Martín Campagne, J. Pareja Grande, M. Uyaguari Quezada, D. Plaza López de Sabando¹, J. Aracil²

Hospital Santa Bárbara. Puertollano. SESSCAM. Ciudad Real. ¹Servicio Oncología-Hematología. Hospital Infantil La Paz. Madrid. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Introducción. La leishmaniasis visceral es una enfermedad endémica en el área mediterránea. La anfotericina B liposómica (ABL) ha demostrado su eficacia y seguridad en pauta corta y dosis total de 24 mg/kg, como alternativa a los antimonials pentavalentes.

Caso clínico. Lactante de 7 meses que consulta por exantema petequial. Desde hace un mes: decaimiento, pérdida ponderal y distensión abdominal; dermatitis perineal y peribucal. Exploración: malnutrición severa, escaso pániculo adiposo e hipotrofia muscular, petequias tronculares, labios

fisurados, edemas distales, hepatomegalia y gran esplenomegalia dura. Analítica: pancitopenia (Hb 7,9 g/dL; 650 neutrófilos/mm; 40.600 plaquetas/mm); alteración de la coagulación con hipofibrinogenemia (28 mg/dL), hipertrigliceridemia (214 mg/dL) y elevación de ferritina (830 ng/mL). La biopsia de médula ósea mostró hipocelularidad, visualizándose *Leishmania donovani*. Requirió transfusiones de concentrado de hematíes, plaquetas y plasma fresco; vitamina K y fibrinógeno. Se trató con ABL a 3 mg/kg/día, pero dada la lenta respuesta de las citopenias, se aumentó a 5 mg/kg/día, hasta completar 12 días de tratamiento (dosis total 56 mg/kg). La evolución clínica posterior fue favorable, persistiendo discreta esplenomegalia.

Conclusiones. La ABL está considerada como el tratamiento de elección en la leishmaniasis visceral. Su baja toxicidad y la reducción de la estancia hospitalaria compensan su elevado coste. En nuestra paciente, la elevación de triglicéridos y ferritina, la hipofibrinogenemia y la persistencia de las citopenias, hizo pensar en la coexistencia de un síndrome hemofagocítico secundario, y por ello se usó mayor dosis y duración de tratamiento.

31

ENFERMEDADES EMERGENTES: ENFERMEDAD DE CHAGAS

M.J. Blasco Pérez-Aramendía y S. Aznar Cantin
Centro de Salud Valdeferro, Zaragoza.

Introducción. Los cambios étnicos de la población atendida en los Centros de Salud hace que patologías inusuales hasta ahora, sean diagnosticadas y controladas desde primaria. Nuestro centro atiende una población urbana de 9.000 personas de nivel sociocultural medio-bajo y en los últimos años ha aumentado el número de inmigrantes sobretodo sudamericanos.

Caso clínico. Controlamos dos familias de origen brasileño cuyas madres están gravemente afectadas por la enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana. Los hijos han sido estudiados al llegar a España y no padecen la enfermedad. Creemos que desde Atención Primaria debemos abordar el tema para conseguir un diagnóstico precoz del niño recién inmigrado o el hijo, nacido en España, de madre afectada.

Comentarios. La enfermedad de Chagas está producida por el tripanosoma *Cruzi*, se transmite por los excrementos que deja un redúvido al picar al paciente. Esta chinche existe en centro y sudamérica, donde hay más de 15 millones de personas afectadas. Pero también se transmite por vía transplacentaria (que supondría el problema a nuestras familias). La enfermedad tiene una fase aguda de nódulo inflamatorio, fiebre, linfadenopatías, miocarditis y meningoencefalitis y una fase crónica de miocardiopatía terminal. La enfermedad congénita se caracteriza por bajo peso para edad gestacional, hepatoesplenomegalias y meningoencefalitis con temblores y convulsiones.

Conclusiones. Es importante sospechar la enfermedad y seguir las familias de riesgo para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz.

32

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE TOTAL DEL PLASMA EN SUJETOS PORTADORES ASINTOMÁTICOS DE *N. MENINGITIDIS*

J. Uberos, A. Medina-Clarós, M. Rivera-Cuello, S. Arias-Santiago, A. Molina-Carballo
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio.
Facultad de Medicina de Granada.

El estado de portador asintomático de *N. meningitidis* depende entre otros factores de las características de la bacteria y del entorno proporcionado por el huésped al microorganismo, en especial su situación inmunológica. Diversos estudios han relacionado el estrés oxidativo con la calidad de la respuesta inmunológica a diversos agentes infecciosos o tumorales. El objeto del presente estudio es evaluar el nivel de antioxidantes plasmáticos en sujetos portadores de *N. meningitidis* y la existencia de asociación entre ambas variables.

Material y método. Se estudia en 339 niños sanos de la ZBS de Marquesado (Granada) la situación de estado de portador asintomático de *N. meningitidis* mediante la realización de frotis faríngeo, cultivo e identificación de *N. meningitidis* por medios habituales. Se determina la capacidad antioxidante total del plasma por técnicas colorimétricas (decoloración del Crocin) en los sujetos portadores asintomáticos identificados y en igual número de controles elegidos de forma aleatoria entre el total de la población infantil no portadora de *N. meningitidis*.

Resultados. La prevalencia total de portadores de *N. meningitidis* en la población estudiada fue de 5,90% (IC 95%: 3,64 a 8,96), con una prevalencia ajustada por edad mayor en el intervalo de 1 a 3 años (10,3%; IC 95%: 4,24 a 20,1). Por estudios poblacionales previos consideramos en 0,37 (1/IC50) el valor medio de la capacidad antioxidante total del plasma; utilizando este valor como punto de corte, observamos que la asociación entre un nivel de antioxidantes plasmáticos por debajo de la media poblacional y el estado de portador asintomático de *N. meningitidis* fue de 6,67 (IC 95%: 1,15 a 38,60). La fracción atribuible poblacional fue del 75% (IC 95%: 40,1 a 100).

Conclusiones. Nuestros resultados demuestran que la prevalencia de portadores asintomáticos de *N. meningitidis* es mayor en niños por debajo de los 3 años y con un nivel de antioxidantes totales en plasma por debajo de la media poblacional.

33

REVISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

D. Hernández Martín, M.A. Roa Francia, L. Albert de la Torre, N. Gutiérrez Cruz, C. Ortiz-Villajos Maroto, M.J. Ceñal González-Fierro, P.J. Pujol Buil
Hospital de Móstoles, Móstoles, Madrid.

Objetivos. Leishmaniasis visceral, patología poco frecuente en España. Presentamos nuestra casuística entre 1996- 2006.

Resultados. 6 casos, 5 varones, 1 mujer. Edades: 4 m (meses), 9 m, 15 m, 19 m, 4 y 11 años. Motivo de consulta en todos: fiebre, de al menos una semana evolución. Hallazgos más frecuentes en exploración: hepatoesplenomegalia, palidez. En uno, fiebre intermitente durante 22 días. Resto, fiebre diaria dos semanas. Pruebas diagnósticas: PCR, serología y estudio anatomopatológico de MO (médula ósea). Cuatro se diagnosticaron con PCR, serología y estudio de la MO negativos. Otro se diagnosticó por serología (PCR y estudio de MO negativos). En un caso, PCR y serología positivos y se observaron leishmanias en el estudio de la MO. El primero recibió antimonio de meglumina 3 semanas. Los demás anfotericina B liposomal: pauta de 5 días consecutivos y dos dosis los días 14 y 21. Desaparición de la fiebre tras 24-72 horas de tratamiento en todos ellos. Un caso presentó recaída.

Conclusiones. La leishmaniasis visceral es patología endémica en nuestra zona, de baja incidencia. Debe tenerse en cuenta en niños con fiebre persistente, sin foco, sobretodo lactantes. En nuestra experiencia, fue necesaria realizar PCR, serología y MO para diagnosticar los 6 casos. Tratamiento con anfotericina B, eficaz en todos ellos.

34

TUBERCULOSIS PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. García Sánchez, M.J. Salado Reyes, A. Atienza Contreras, R. Pavón Lebrero, J. Navarro Morón, M.T. Benavides Medina, J.L. Payares Cordero, T. Aguirre Copano
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción. La TBC pulmonar resulta el 75% de todas las formas de TBC, siendo el 98% la forma de transmisión de la enfermedad y los niños menores de 5 años los más susceptibles de enfermar.

Caso clínico. Ingresó niño de 5 años de origen marroquí por sospecha de ingesta de cuerpo extraño, remitido como neumonía de lóbulo medio sin resolución radiológica tras una semana de antibióticos. Refiere tos escasa.

No otros síntomas. AP: no vacuna BCG. AF: madre TBC pulmonar. Exploración: afebril, ausencia de signos de dificultad respiratoria, disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Exploraciones complementarias:

- Hemograma, bioquímica y coagulación: normal.
- Radiografías: atelectasia y condensación de lóbulo medio.
- Mantoux: positivo.
- Cultivo BAAR en jugo gástrico: se aísla *M. tuberculosis*.
- TAC tóraco: masas adenopáticas necrosadas prevasculares, subcarinales e hiliares. Obstrucción bronquio y absceso en lóbulo medio.

Resultados. Ante la fuerte sospecha diagnóstica, y hasta la confirmación con cultivo, se administraron antituberculosíacos (6 meses) y corticoides (2 semanas), con mejoría parcial de la radiología. Sin embargo, precisó intervención quirúrgica.

Conclusiones. Aunque es más frecuente observar evoluciones favorables, últimamente se observan mayores complicaciones que necesitan intervención. El tratamiento corticoideo disminuyó la obstrucción endobronquial, preparación necesaria para un mejor manejo quirúrgico posterior.

35

EMPIEMA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS FRONTO-ETMOIDAL

D. Moreno Jiménez, B. Nieto Almeida¹, M.G. Serrano, F.G. Toranzo
Servicio de ORL. ¹Servicio de Pediatría, Hospital Clínico de Salamanca. Hospital Universitario Virgen de la Vega. Salamanca.

Introducción. El empiema subdural es una colección purulenta situada entre la capa interna de la duramadre y la membrana externa de la aracnoides. La causa más frecuente es la sinusitis frontoetmoidal y su incidencia es mayor en varones. La clínica incluye fiebre, cefalea, irritabilidad y signos. El diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica con pruebas de imagen (TAC, RMN). El tratamiento es médico-quirúrgico.

Caso clínico. Paciente varón de 15 años, que acude a Urgencias por cefalea resistente a tratamiento, signos meníngeos y febrícula de 48 h de evolución. Presentó un cuadro rinitico-catarral en los 7 días previos, tratado con antibióticos y AINEs. Exploración física: cuadro confusional, agitación motora, febrícula, signos meníngeos positivos. Pruebas complementarias: punción lumbar: compatible con meningitis, TAC: realce de duramadre sugente de meningitis. Se ingresa en UVI para tratamiento y tras empeoramiento se repite a las 48 horas TAC cerebral y se aprecia empiema subdural frontal y sinusitis frontoetmoidal. Se realiza tratamiento quirúrgico (neuroquirúrgico y ORL) (craneotomía frontal y cirugía endoscópica nasosinusal etmoidal y frontal), con buena evolución y resolución del cuadro.

Conclusiones. El empiema subdural de origen sinusal es una enfermedad de predominio en el período escolar y adolescente. La inmunización sistemática contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, ha hecho disminuir la incidencia en edades más precoces, siendo su presentación más común en adolescentes. La causa más frecuente es secundaria a infecciones de senos paranasales. En ocasiones, previamente se desarrolla una meningitis, que posteriormente evoluciona a empiema subdural. Se acompaña de una elevada morbimortalidad, si no se diagnostica precozmente. El diagnóstico precoz con técnicas de neuroimagen, la antibioterapia de amplio espectro y la evacuación quirúrgica ha disminuido notablemente su letalidad. Se debe sospechar ante un paciente febril, con sinusitis y aparición posterior de síntomas neurológicos.

36

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM GIGANTE EN NIÑA ADOPTADA

M.M. Sanchidrián González, S. Macías García, M.D.R. Sanchidrián González, M.L. González Fernández, M. Dorval Halcón, I. Fidalgo Álvarez
Servicio de Pediatría. Hospital de El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. El *molluscum contagiosum* está producido por un poxvirus de propagación humana. En niños puede ser epidémico. Se manifiesta

en forma de pápulas (1 a 2 mm) nódulos (5 a 10 mm) (raramente gigantes) con un cráter central umbilicado por el que sale contenido de aspecto "sebáceo" al exprimirlo. Presentamos un caso de *molluscum contagiosum* gigante en una región atípica.

Caso clínico. Niña de 24 meses de raza india procedente de adopción internacional que presenta en región interescapular una tumoración única redondeada de 15 mm de diámetro de color gris traslúcido, consistencia blanda, con una depresión central, junto con múltiples pápulas dispersas umbilicadas, de color blanco perlado distribuidas en cara y dorso de mano derecha. Aporta informe de mantoux y serología VIH negativos. Con el diagnóstico clínico de molusco gigante en espalda se realizó tratamiento tópico con podofilotoxina en solución 0,5%. Desapareció totalmente en 1 mes. Las lesiones en cara y mano se eliminaron con curetaje y crioterapia con nitrógeno líquido.

Discusión. El diagnóstico de molusco contagioso se realiza por examen físico siendo las claves diagnósticas la morfología clínica y la expresión de tapón central caseoso. Las formaciones gigantes obligan a descartar inmunodepresión e infección VIH.

37

COMPARACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL

F.J. Garrido Torrecillas, A.F. Medina Claros, I. Machado Casas, R. Fernández Pascual

Centro de Salud Cenes de la Vega, Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Jaén.

Objetivos. Establecer si existen diferencias en el porcentaje y las características de prescripción de antibióticos a niños, entre un centro de Atención Primaria (AP) y las Urgencias de un Hospital (UH).

Material y métodos. Se revisan los pacientes (mayores de 3 meses) que consultan por fiebre durante los meses de febrero y noviembre de 2005 en el centro de salud de Cenes de la Vega (Grupo A n=187) y en las urgencias del Hospital San Cecilio de Granada (Grupo B n=1.087). Se analiza el porcentaje de prescripción de antibióticos (PPA) y la influencia de las siguientes características: grado de fiebre, tiempo de evolución, tipo de antibiótico, pruebas complementarias, edad, diagnóstico, síntomas acompañantes, día y hora.

Resultados. PPA grupo A: 32,1%, grupo B 38,7% (p<0,05). Tipo de antibiótico prescrito: grupo A 48,3% amoxicilina, 43,3% amoxicilina-clavulánico. Grupo B 63,7% amoxicilina-clavulánico, 11,2% amoxicilina. Respecto a la influencia de las características analizadas en el PPA hallamos diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, el tiempo de evolución de la fiebre y la realización de pruebas complementarias.

Conclusiones. El PPA es significativamente menor en Atención Primaria respecto a las urgencias del Hospital el antibiótico de elección en AP es la amoxicilina frente a la amoxicilina-clavulánico en el hospital.

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

38

GASTROENTERITIS PEDIÁTRICAS DE ETIOLOGÍA VÍRICA. PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS DE UNA SERIE TEMPORAL DESDE 1986 HASTA 2005

J.M. Eiros, M.R. Bachiller¹, R. Ortiz de Lejarazu, F. Luquero², P. Solís¹, J. Castrodeza²

Servicios de Microbiología, Pediatría¹ y Medicina Preventiva². Hospital Clínico Universitario-Facultad de Medicina y Área Este de SACYL. Valladolid.

Introducción. Nuestro objetivo es exponer los hallazgos obtenidos en la documentación etiológica de las gastroenteritis víricas a lo largo de las dos últimas décadas.

Material y métodos. Se han estudiado 12.980 heces de niños < 16 años entre 1986-2005. El protocolo incluía detección de rotavirus y adenovirus mediante látex doble. Desde 1997 se han seleccionado 704 muestras negativas para rotavirus y adenovirus, líquidas o semilíquidas y se procesaron mediante un ELISA para astrovirus. Se ha modelizado el componente tendencial de la serie de casos positivos para rotavirus.

Resultados. A lo largo del ciclo analizado la media de muestras procesadas ha sido de 649 al año [(DE) 322,15] y la de positivos para rotavirus de 66,8 [(DE) 56,351]. El porcentaje medio de muestras positivas para rotavirus fue del 10,3% [IC(95%) 9,7-10,8%], superando a astrovirus [6,0% (IC(95%) 4,1-7,8%)] y adenovirus [2,3%, (IC(95%) 2,0-2,3%)]. El número de positivos para rotavirus ha ido incrementándose a lo largo de los años, siguiendo un crecimiento cuadrático (R²=0,8022). De manera concomitante han crecido las muestras procesadas, por lo que en el último quinquenio se observa como la línea de tendencia del porcentaje de resultados positivos tiende hacia la estabilización.

Conclusiones. Los presentes hallazgos apuntan por una parte la ampliación de la oferta diagnóstica en la determinación de virus productores de gastroenteritis en el ciclo de los 20 años analizados y por otra a la mayor adecuación en la solicitud en cuanto al rendimiento de positivos experimentado en el segundo decenio analizado.

39

ESTUDIO NUTRICIONAL COMPARATIVO ENTRE UNA POBLACIÓN AUTÓCTONA Y OTRA RECIÉN INMIGRADA (150 CASOS DE 10 A 14 AÑOS)

M.C. Calvo Rojas, A.M. Bergua Burrel, M. González García, H. Villena Collado, M.C. Carrera Anadón, C. Franco Peral
EAP Can Vidalet. Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Introducción. Multiracialidad y sobrepeso son dos realidades en nuestra población infantil. Ello nos ha llevado a realizar una encuesta alimentaria, a fin de conocer sus hábitos nutricionales y valorar posibles diferencias entre población autóctona y recién inmigrada.

Material y métodos. Estudio poblacional prospectivo y descriptivo en 150 niños de 10 a 14 años: 100 nacidos en Cataluña y 50 recién inmigrantes, realizando encuesta alimentaria y medidas antropométricas. El análisis estadístico valora posibles diferencias entre país de origen y tipo de alimentación y entre alimentación y grado de percentil de IMC.

Resultados. La población catalana, muestra: un mayor consumo (p<0,001) de embutidos, lácteos y aceite de oliva. La población inmigrada muestra mayor consumo (p<0,001) de huevos, arroz, patatas, legumbres y aceite de girasol. Existen diferencias porcentuales pero no significativas estadísticamente entre los percentiles de IMC de ambas poblaciones.

Conclusiones. La inmigración que asistimos es fundamentalmente sudamericana. Las tasas de sobrepeso son muy elevadas en ambas poblaciones. Existen diferencias significativas en la alimentación de ambas poblaciones. Se plantea la conveniencia de crear nuevas tablas de medidas antropométricas.

40

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS GASTROENTERITIS POR *CAMPYLOBACTER* EN VALLADOLID. SERIE DE CINCO AÑOS

M.R. Bachiller, J.M. Eiros, F.J. Luquero, E. Sánchez-Padilla, C. Gobernado, J. Castrodeza

Centro de Salud Pilarica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universitario. Área Este de SACYL. Valladolid.

Objetivo. *Campylobacter* es uno de los principales patógenos entéricos y el objetivo de este trabajo es determinar sus características epidemiológicas, analizando su tendencia y variación estacional en la provincia de Valladolid.

Métodos. Se realizó un análisis de series temporales mediante un modelo aditivo a partir de las declaraciones realizadas al Sistema de Información Microbiológico por los dos principales hospitales de la provincia de Valladolid. Se consideró como caso a los pacientes que presentaron un copro-cultivo con aislamiento de *Campylobacter* en el período 2000-2004. Se determinó la tendencia, los coeficientes estacionales, las tasas brutas de incidencia y las tasas específicas por edad y sexo.

Resultados. Se observó una tendencia descendente en la declaración de casos. Se obtuvo un coeficiente estacional significativo en la cuatrimestral seis ($c=12,854$, $p=0,023$). Las tasas de incidencia más altas se documentaron en los menores de cinco años (1.655,3 por 105 habitantes) y en los hombres (102,3 por 105 habitantes).

Conclusiones. Parece oportuno, a la vista de los resultados, mantener una actitud de vigilancia activa e implementar estudios que esclarezcan los factores determinantes en la epidemiología de la infección por *Campylobacter*. Para ello puede ser pertinente un abordaje multidisciplinar, que considere tanto aspectos microbiológicos como epidemiológicos y clínicos.

41

DÉFICIT PARCIAL DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (ALFA 1 AT): A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Hernández Ortega y B. Oyaga Velaz
Centro de Salud de Otxarkoaga, Bilbao.

Introducción. El déficit de alfa 1 AT es una enfermedad hereditaria que cursa con niveles bajos de esta proteína que es sintetizada principalmente por los hepatocitos. La alfa 1 AT es el mayor inhibidor de la elastasa por lo que su déficit produce una ruptura rápida y desequilibrada de las proteínas que afecta a numerosos tejidos, pero sobre todo a pulmón e hígado. Está codificada por un gen con gran polimorfismo situado en el brazo largo del cromosoma 14, existiendo, por ello, más de 90 variantes denominadas Pi (proteasa inhibidor); las más frecuentes se encuadran en la familia M, siendo los deficientes los S y los Z. El tipo de Pi es el que condiciona la concentración sérica de alfa 1 AT. Una combinación de la variante deficitaria Z con la normal M provoca una concentración sérica de alfa 1 AT de un 50-70% de lo normal.

Caso clínico. Niño diagnosticado a los 6 años de déficit parcial de alfa 1 AT fenotipo MZ; el diagnóstico se realizó tras presentar varios episodios de vómitos asociados a hipertransaminasemia todos ellos tras la toma de paracetamol oral. Existía como antecedente quirúrgico colecistectomía a los 4 años. Realizada la medición en suero de alfa 1 AT presentaba 69 mg/dL y fenotipo Pi MZ. En un control se detectaron Ac. anti-musculo liso positivos que posteriormente se negativizaron.

Conclusiones.

- El diagnóstico de sospecha es fundamentalmente clínico confirmando mediante la medición directa de alfa 1 AT en suero y posterior estudio genético.
- Ante patología pulmonar y/o hepática se debe pensar en el déficit de alfa 1AT.
- El fenotipo MZ afecta al 2-3% de la población.
- El grado de patología, fundamentalmente pulmonar y hepática, depende del nivel de alfa 1 AT en suero.

42

IMPACTO FAMILIAR DE LA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

F. Giménez, A. Delgado¹, F. Asensi², M. Miranda³, J. Díez-Delgado⁴, F. Martín⁵, M. Sánchez⁶, S. Alfayate⁶, A. Carmona⁷, A. Rodríguez⁷, J. Romero⁸, M. Crespo⁹, J. Rodríguez⁹

Clinica Mediterráneo, Almería. ¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Hospital La Fe, Valencia. ³Hospital de Antequera, Málaga. ⁴Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁵Hospital Santiago de Compostela; ⁶Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁷Instituto Hispalense Pediatría; ⁸Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ⁹Hospital de Asturias.

Antecedentes.

– Rotavirus es el principal responsable de gastroenteritis aguda (GEA) en niños.

– El objetivo del estudio fue evaluar el impacto sociológico familiar asociado a gastroenteritis por rotavirus en niños < 2 años.

Métodos.

– Estudio prospectivo, observacional en 30 hospitales y Centros de Salud en España.

– Se incluyeron los niños < 2 años, que acudieron a urgencias hospitalarias o consulta por presentar síntomas de GEA y cuyos padres aceptaron participar.

– Se pidió a los padres que al final del episodio rellenaran un cuestionario con el que evaluar el impacto familiar de la GEA.

– Para cada pregunta, los padres respondieron "sí" o "no" y valoraron su importancia con una escala de 1 a 5 (1 = nada importante; y 5 = muy importante).

Resultados.

– El 99% de los padres reconoció haberse preocupado por su hijo, el 94% tuvo que levantarse durante la noche para ver a su hijo, el 82% se retrasó en las tareas domésticas, y el 80% se sentía muy cansado/a.

– Más del 80% declaró que su hijo estaba más mimoso, no quería comer, o se cansaba fácilmente, lo que fue puntuado de "4 a 5" por más del 60%.

Conclusiones. Las GEAs por rotavirus son responsables de un importante impacto familiar.

43

USO DE RECURSOS DE PACIENTES MENORES DE DOS AÑOS CON GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS

F. Giménez, A. Delgado¹, F. Asensi², M. Miranda³, J. Díez-Delgado⁴, F. Martín⁵, M. Sánchez⁶, S. Alfayate⁶, A. Carmona⁷, A. Rodríguez⁷, J. Romero⁸, M. Crespo⁹, I. Oyagüez¹⁰

Clinica Mediterráneo, Almería. ¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Hospital La Fe, Valencia. ³Hospital de Antequera, Málaga. ⁴Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁵Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. ⁶Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁷Instituto Hispalense de Pediatría, Sevilla. ⁸Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ⁹Hospital de Asturias. ¹⁰Dpto. Médico, Sanofi Pasteur MSD.

Antecedentes.

– Rotavirus es el principal agente causal de gastroenteritis aguda (GEA) en niños, originando gran número de visitas clínicas y hospitalizaciones en meses de invierno.

– El objetivo del estudio fue estimar el uso de recursos asociado a las GEAs por rotavirus atendidos en hospitales y Centros de Salud.

Métodos.

– Estudio prospectivo, observacional en hospitales y Centros de Salud en España.

– Se incluyeron niños < 2 años, que acudieron a urgencias hospitalarias o consulta con síntomas de GEA, a los que se realizó una encuesta de datos epidemiológicos y clínicos.

– Se recogió una muestra de heces para determinar presencia de antígeno de rotavirus.

Resultados.

– Un 75% de los pacientes recibió algún tipo de tratamiento para la GEA.

– Los pacientes incluidos realizaron una media de 2,39 visitas médicas por episodio de GEA y precisaron hospitalización el 31,6% de ellos.

– En el 36% de los casos se produjo contagio de la GEA a otro miembro de la familia y de ellos el 50% precisó atención médica.

Conclusiones. Rotavirus es el principal responsable de GEA en niños < 2 años, originando un elevado uso de recursos.

COSTES INDIRECTOS DE LA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN PACIENTES MENORES DE DOS AÑOS

F. Giménez, A. Delgado¹, F. Asensi², M. Miranda³, J. Díez-Delgado⁴, F. Martín⁵, M. Sánchez⁶, S. Alfayate⁶, A. Carmona⁷, A. Rodríguez⁷, J. Romero⁸, M. Crespo⁹, I. Oyagüez¹⁰

Clínica Mediterráneo, Almería. ¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Hospital La Fe, Valencia. ³Hospital de Antequera, Málaga. ⁴H. Torrecárdenas, Almería. ⁵Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. ⁶Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁷Instituto Hispalense de Pediatría, Sevilla. ⁸H. Virgen de las Nieves, Granada. ⁹Hospital de Asturias, Oviedo. ¹⁰Dpto. Médico, Sanofi Pasteur MSD.

Antecedentes.

- Rotavirus es el principal agente causal de gastroenteritis aguda (GEA) en niños, originando gran coste económico.
- El objetivo de este estudio fue estudiar los costes indirectos asociados con la GEA por rotavirus atendidos en hospitales y Centros de Salud.

Métodos.

- Estudio prospectivo, observacional en hospitales y Centros de Salud en España.
- Se incluyeron los niños < 2 años, que acudieron a urgencias hospitalarias o consulta por presentar síntomas de GEA y cuyos padres aceptaron participar en el estudio.
- Se recogió una muestra de heces en la que se determinó la presencia de antígeno de rotavirus.

Resultados.

- El 34% de los padres y el 35% de las madres faltaron al trabajo para atender a su hijo (2,1 y 2,9 días de media).
- Un 45% de los casos precisó ayuda de un amigo/familiar para cuidar del niño y un 4,4% contrató alguien externo.
- El 86% de los pacientes tuvo un gasto extra de pañales (3,8 pañales extra/día).
- El 25% de los niños tomó algún tipo de leche especial.
- En global se estimó un coste de 808,97 €/episodio de GEA por rotavirus.

Conclusiones. Las GEAs por rotavirus originan un elevado coste por los recursos utilizados.

PATÓGENOS AISLADOS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS POR DIARREA. REVISIÓN DE UN AÑO

R. Calvo Medina, A. Morales Martínez, M. Chaffanel Peláez, P. Blanch, A. Jurado

Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hospital Materno Infantil. Málaga

Objetivo. Concretar que tipo de gérmenes son los que más frecuentemente provocan diarreas lo suficientemente graves como para precisar ingreso hospitalario.

Material y métodos. Se analizan las muestras de heces estudiadas por el laboratorio de microbiología en un año (mayo 2005-junio 2006) de niños ingresados por clínica asociada a diarrea o que la presentan durante su hospitalización.

Resultados. Se procesaron 834 muestras, con resultados positivos en 318. La prueba más realizada fue la determinación de rotavirus y adenovirus (534 muestras) siendo positivo en 32,47%. Se encontraron 113 casos de rotavirus + y 24 de adenovirus, apareciendo coinfección en 11 casos. La infección por rotavirus presenta un claro predominio estacional (diciembre: 19 casos, enero: 46; febrero: 27). Se realizaron cultivos en 300 muestras, positivos en 47,7% de los casos. El germen más aislado fue la *Salmonella* sp (35,8%), seguido de *Campylobacter* sp (13%) y *Yersinia enterocolitica* (4%).

Conclusiones. El germen más aislado en pacientes hospitalizados por diarrea así como en los pacientes que la presentaron durante su ingreso

fue el rotavirus. La *Salmonella* y el *Campylobacter* también requerir asistencia hospitalaria. La utilización de las nuevas vacunas que se están desarrollando para rotavirus puede permitir una reducción de la necesidad de ingreso así como de las consultas externas. El estudio microbiológico permitirá la filiación del origen y una guía para el tratamiento más efectivo.

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON SÍNDROME DE HIPERCOAGULABILIDAD Y TRATAMIENTO CON ANOVULATORIOS ORALES

L. García Ollé, X. Perramón Montoliu, A. Pérez Ferrada, J.L. Seculi Palacios, Y. Muñoz Blázquez, R. Castilla Chaves
EAP Dreta de l'Eixample. Equipo de Pediatría. Barcelona.

Introducción. El síndrome de hipercoagulabilidad/trombofilia indica mayor riesgo de trombosis venosa o TEP. Puede ser adquirido o congénito. En algunos casos su diagnóstico es debido a la presencia de algún factor precipitante (anticonceptivos orales) que aumenta la posibilidad de trombosis.

Caso clínico. Paciente femenina adolescente que consulta por dolor torácico. Antecedentes: hiperandrogenismo ovárico tratado con anovulatorios desde noviembre de 2005. Enfermedad actual: dolor torácico de características pleuríticas de cuatro días de evolución sin otros síntomas. Exploración física: normal. Rx tórax: normal; frente a la persistencia de dolor se deriva a centro hospitalario. Análítica sanguínea: normal excepto d-dímero (6.690), TAC pulmonar defectos de repleción de la arteria pulmonar principal izquierda con extensión a arteria lobar inferior izquierda compatible con TEP. Evolución: ingreso con tratamiento anticoagulante con heparina. Buena evolución. Alta al cuarto día. Se practica estudio completo de hipercoagulabilidad, objetivándose una mutación en factor V de Leyden. TAC pulmonar a los tres meses: resolución del TEP. Se pauta medicación crónica con ácido acetilsalicílico.

Comentarios.

- El síndrome de hipercoagulabilidad es una entidad rara en la edad infanto-juvenil.
- La mujer con trombofilia debe evitar el uso de anticonceptivos orales porque aumenta el riesgo de trombosis, en el caso del factor V de Leyden, hasta 8 veces.

PURPURA TROMBOPÉNICA INMUNE (PTI) GRAVE CONCOMITANTE A CUADRO DE VARICELA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL

X. Perramón Montoliu, L. García Ollé, A. Pérez Ferrada, J.L. Seculi Palacios, R. Castilla Chávez, Y. Muñoz Blázquez
EAP Dreta de l'Eixample. Equipo de Pediatría. Barcelona.

Introducción. La varicela es una infección común en la edad pediátrica generalmente de curso benigno, pero a veces presenta complicaciones importantes como la plaquetopenia, ya sea secundaria a la acción directa del virus o de origen autoinmune; ésta última se presenta generalmente 2 ó 3 semanas después del inicio de la varicela siendo excepcional durante o precediendo a la fase exantemática.

Caso clínico. Paciente de 8 años que consulta por epistaxis importante reciente. Hace 6 días inicia cuadro de fiebre apareciendo a las 24 horas exantema maculovesiculoso sugestivo de varicela. A la exploración observamos lesiones vesiculocostrosas, epistaxis activa bilateral, petequias en tronco y equimosis en pabellones auriculares. Se deriva a hospital de referencia: las exploraciones complementarias más relevantes son: plaquetas: 2.000/mm³ (ingreso), hemoglobina: 5,6 g/dL (48 horas) y mielograma (plaquetopenia periférica). Diagnosticado de PTI precisa transfusión de hemoderivados y administración de gammaglobulina y aciclovir endovenosos. La evolución posterior es favorable.

Comentarios.

- La PTI es una complicación de la varicela de baja incidencia que puede ser grave.
- Hay que pensar en esta entidad ante manifestaciones purpúricohemorragicas, no sólo 2-3 semanas desde el inicio de la infección sino también precediendo o coincidiendo con el cuadro exantemático.

48

TUMOR CARCINOIDE BRONQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

G.M. Torralbo Caballero, R. Jiménez Yáñez, L. González Villanueva, J.C. Barreras Mateos, M.R. Alpera Tenza, F. Ardoy Ibáñez
Servicio de Radiodiagnóstico del HGU Elche, Alicante.

Se trata de una niña de 9 años con antecedentes de neumonías de repetición que acude a su Centro de Salud por un nuevo episodio infeccioso respiratorio.

49

TROMBOASTENIA DE GLANZMANN: UNA RARA TROMBOCITOPATÍA

V. Murga, D. Fernández, M. Muriel, B. Nieto, A. Gimeno, A. Fuentes, S. Villagrà, L. Prieto
Servicio de Pediatría, Unidad de Hemato-Oncología. Hospital Universitario de Salamanca.

Tromboastenia de Glanzmann: introducción. La tromboastenia de Glanzmann es una rara trombocitopatía autosómica recesiva. Este cuadro de debut infantil, que puede producir hemorragias de distinta gravedad, tiene su origen en una alteración cualitativa/cuantitativa de las glicoproteínas de membrana plaquetaria (GP IIb/IIIa), de modo que queda alterada la capacidad de las plaquetas para agregarse adecuadamente, con el consiguiente alargamiento del tiempo de hemorragia y una retracción deficiente del coágulo, mientras que el número y el resto de funciones de la plaqueta son normales.

Caso clínico. Presentamos dos casos de pacientes seguidos en nuestras consultas que finalmente fueron diagnosticados de tromboastenia de Glanzmann. El primer paciente era seguido por un episodio de púrpura trombopénica, presentando antecedentes de hematomas ante mínimos traumatismos y varios casos en la familia de trombopenias de etiología no aclarada. El segundo es remitido por servicio de ORL tras presentar sangrado en sábana tardío tras adenoidectomía. Presentaba un único antecedente de vómitos en posos de café coincidiendo con GEA. En ambos casos las pruebas básicas del estudio de la coagulación fueron normales salvo la agregación plaquetaria inducida por ADP y/o epinefrina, lo que orientó hacia una posible trombocitopatía por lo que se estudiaron las GP IIb/IIIa llegando al diagnóstico de tromboastenia de Glanzmann.

Conclusión. Recordamos la posibilidad de este diagnóstico en pacientes con historia personal y familiar de sangrado en los que las pruebas básicas de estudio del sistema de la coagulación no muestren resultados concluyentes.

50

HALLAZGO CASUAL DE TUMOR DE WILMS BILATERAL

L. Martínez, V. Escolano, F. Valle², E. del Mora¹, M.V. Hernández, M. Nogueras²
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.
¹Unidad de Onco-hematología Pediátrica. Granada.
²Servicio de Urología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción. El tumor de Wilms es el tumor maligno abdominal más común en Pediatría, con pico de presentación a los 3 años. La incidencia de tumor bilateral sincrónico es del 5-6%.

Caso clínico. Varón de 15 meses que ingresa para estudio de ITU (leucocituria elevada). Cursa proceso catarral desde hace 6 días en tratamiento antibiótico vo. AP: sin interés. Exploración: mediano estado general, sensación de enfermedad, mucosa oral pastosa; abdomen: no visceromegalias, ACR y resto de la exploración normales. Pruebas complementarias: hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Bioquímica normal. Cultivos negativos. Ecografía renal: múltiples tumores sólidos renales bilaterales. TAC renal: compatible con nefroblastomatosis bilateral. Tratamiento: Quimioterapia con vincristina previa a tumorectomía izquierda y nefrectomía derecha en dos tiempos. Anatomía patológica: nefroblastoma multifocal encapsulado con componente mixto. Evoluciona favorablemente permaneciendo asintomático hasta la fecha.

Conclusión. El diagnóstico del tumor de Wilms ocurre con frecuencia de forma casual en un niño sin sintomatología tumoral. El tratamiento, muy protocolizado debe individualizarse en el caso del tumor de Wilms bilateral. Como objetivo, erradicar todo el tumor y preservar la mayor cantidad de tejido renal normal posible, para reducir el riesgo de insuficiencia renal crónica. Destacar también la importancia de las pruebas de imagen en el estudio de la ITU.

LACTANCIA MATERNA

51

INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE)

M. Borja Pastor, E. Rico Marí¹, P. Codoñer Franch²
S. Parque Alcova (Alfatar). ¹Centro de Salud Tendetes, Valencia. ²Hospital Universitario Dr. Peset. Universitat de Valencia.

Objetivo. Comparar el tipo de lactancia instaurada al nacimiento entre población autóctona e inmigrante en un Centro de Salud, así como su mantenimiento durante los primeros 6 meses de vida.

Material y métodos. Diseño de cohorte de 243 niños nacidos entre enero 2000 y abril 2004, 197 españoles y 46 inmigrantes. Estudio prospectivo observacional con entrevista a la madre en los controles de salud.

Resultados. Hay mayor instauración de lactancia materna de forma exclusiva o complementada con fórmula en la población inmigrante con respecto a la población autóctona ($p < 0,005$). Se observa un descenso progresivo en esta última población, desde el 68,02% al nacimiento hasta el 19,57% a los 6 meses de vida. En la población inmigrante, partimos de un 91,30% de lactancia materna al nacimiento, alcanzando un 41,18% a los 6 meses. A lo largo de todo el período la diferencia entre ambas poblaciones es significativa ($p < 0,005$). Hay que reseñar un descenso mayor en este tipo de lactancia entre el 3^o y 4^o mes en la población inmigrante, que no se observa en la población autóctona.

Conclusiones. La lactancia materna se instaure y se mantenga en mayor proporción en la población inmigrante que en la autóctona.

52

EL PAPEL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. García Ollé, Y. Muñoz Blázquez, R. Castilla Chaves, C. Caixal Mata, X. Perramón Montoliu, A. Pérez Ferrada, J.L. Sécui Palacios
EAP Dreta de l'Eixample. Equipo de Pediatría. Barcelona.

Objetivos. Aumentar la lactancia materna y/o mixta en nuestra población. Aportar información a las madres que deseen alimentar con lactancia materna y/o mixta.

Metodología. Consulta prenatal a embarazadas (tercer trimestre) para informar y alentar a realizar la lactancia materna *atdom* (visita domiciliaria) del

bebé, la 1ª semana después de la llegada al domicilio. Resolución de dudas. Consejos de alimentación materna. Asegurar el control posterior en la consulta. Seguimiento en consulta de enfermería pediátrica (programa del Niño Sano), el primer semestre de vida del lactante (especialmente el 1 mes de vida), para mantenimiento de la lactancia materna. Muestra cuantificación del número de lactantes con lactancia materna y/o mixta durante 10 meses, de agosto 2004-mayo 2005 y se compara con el número de lactantes con lactancia materna y/o mixta durante 10 meses, de agosto 2005-mayo 2006.

Resultados. Aumento del número de pacientes que realizan lactancia materna y/o mixta en el período de 2005-2006 respecto al de 2004-2005 con porcentajes de 77,6 y 46,1%, respectivamente.

Conclusiones. Tras la aplicación del programa de visita prenatal, *atdm* y seguimiento del programa del niño sano se consigue un mayor seguimiento de la lactancia materna y/o mixta.

53

¿POR QUÉ DEJAN DE LACTAR O NO LACTAN LAS MADRES DE NUESTRO CENTRO DE SALUD?

A. Salazar García, R. Olivé Vilella, R. Lara Ibáñez, I. Noguera Vilà
CAP Sant Pere i Sant Pau. Tarragona.

Objetivo. Analizar las causas de abandono o de no inicio de la lactancia materna.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Análisis multivariante. Familias con niños de 0-12 meses venidas espontáneamente a la consulta. Centro de Salud en una área urbana. Variables: edad materna, sexo del niño, tiempo de lactancia, tabaquismo, nivel cultural, situación laboral, hermanos y motivos de abandono de la lactancia materna o de no lactar.

Resultados. Muestra de 49 lactantes (61,2% niños y 38,8% niñas) entre 0-12 meses, edad media materna 32,02 años. Los factores valorados: tabaquismo materno: 22,4%; situación laboral activa: 71,4%; hijos previos: 24,5%; y nivel de estudio de los padres: universitarios: 22,5%, secundarios: 57,1% y primarios: 20,4%. Siguieron lactancia materna un 63,2% con una media de 5,4 meses. La causa principal de abandono fue disminución en la producción láctea. El 36,8% no dio lactancia materna por decisión propia o por ausencia de leche los primeros días. Solo influye significativamente la no actividad laboral en el mantenimiento de la lactancia.

Conclusiones. Un porcentaje aceptable de madres siguen lactancia materna, siendo un factor determinante la actividad laboral y la disminución de la producción de leche asociada al reinicio de dicha actividad, por lo que deberían mejorar las condiciones laborales en madres lactantes.

54

CUESTIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA PLANTEADAS POR LAS MADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Hernández Zurbano, M. Berrocal Castañeda, R. Páez González
CAP Tapia de Casariego, Asturias.

Introducción. Durante la residencia en pediatría no se recibe ninguna formación en el campo de la lactancia materna, cuando está sobradamente demostrado que informar correctamente y ayudar a las madres que decidan dar el pecho a sus hijos, es una de las medidas preventivas más importantes que podemos llevar a cabo en nuestra consulta.

Material y métodos. Durante los meses de marzo-junio 2006: recogida y análisis de todas las cuestiones relativas a la lactancia materna planteadas por las madres en mi consulta.

Resultados. De un total de 79 consultas: 15,5% fueron referentes a supuesta **hipogalactia**, 43% sobre el curso de la **lactancia** (frecuencia y despertares nocturnos 12%, método y colecho 35%, incorporación al trabajo y conservación de la leche 23,5%, duración y destete 9%, introducción de la alimentación complementaria 20,5%), 6,3% sobre las **posturas** correc-

tas para dar el pecho, 10% **problemas del pecho** (candidiasis, grietas, galactoceles, posición de pezones, ingurgitación), 19% referentes a **problemas del lactante** (OMA, cólicos, regurgitaciones, alergia, ictericia, faringitis), 4% **problemas de la madre** (depresión y ansiedad, nuevo embarazo, toma de antibióticos, analgésicos y antihistamínicos).

Conclusiones.

– Atendí aproximadamente una consulta diaria acerca de LM, volumen significativamente mayor al de otras cuestiones que reciben mucha más atención durante nuestra formación como futuros pediatras.

– Las preguntas fueron acerca de los más variados aspectos relacionados con la lactancia, por lo que nuestra formación ha de ser **completa** (ninguna madre me preguntó por las lgs, y sí muchas sobre la postura o el colecho).

– Mi impresión es que los profesionales han ocupado, en parte, el papel de las abuelas, que tan bien aconsejaban.

56

TIPO DE ALIMENTACIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA: RELACIÓN CON LA MORBILIDAD

C. Hernández Zurbano, M. Berrocal Castañeda, R. Páez González
CAP de Tapia de Casariego, Asturias.

Introducción. Aunque la mayoría de los problemas de salud debidos a la falta de lactancia materna se producen en los países en que las condiciones higiénicas y sanitarias son más deficientes, muchos estudios demuestran que el tipo de lactancia incide sobre la mortalidad, y sobre todo, sobre la morbilidad, en los países más desarrollados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 55 lactantes de 0-12 meses, de los que conocía: el tipo de alimentación, los episodios por los que habían consultado, y cuándo lo hicieron.

Resultados.

– En cuanto a la **morbilidad** en media de episodios consultados/niño: los niños que habían recibido en algún momento de su vida lactancia materna (LM) 2,8, frente a 3,77 para los niños alimentados exclusivamente con fórmula artificial (FA). **Morbilidad** por tramos de edad en que los niños estuvieron recibiendo LM: 1 s-2,8, 15 d-2,8, 1 m-2,6, 2 m-2,2, 3 m-2,2, 4 m-2,1, 5 m-1,6, 6 m-1,4, 8 m-0,6, 9 m-1, 10 m-0.

– En cuanto a la **gravedad** de los episodios por los que consultaron: el 11,81% de los niños que habían recibido LM padecieron algún episodio grave (bronquitis y bronconeumonías, procesos febriles, OMA y varicela), frente a un 22,22% de los que recibieron FA exclusivamente.

– Analizando la **precocidad** con que aparecieron los procesos por los que consultaron en meses: los niños alimentados con FA consultaron de media durante el 1º mes, mientras que los alimentados con LM, y según el tiempo que ésta se mantenía: 1 mes de LM: consultaban a 1,48 meses, 2 m: 2,25, 3 m: 2, 4 m: 3,33, 5 m: 3,75, 6 m: 3,6, 8 m: 6,5, 9 m: 7,3.

Conclusiones.

– En mi cupo, los niños que recibieron LM, consultaban menos veces, tenían patologías graves con menos frecuencia, y tardaban más tiempo en tener que consultar.

– Todos los niños que no consultaron fuera de las revisiones del niño sano, estaban recibiendo LM.

MISCELÁNEA

57

NEVUS DE CÉLULAS FUSIFORMES PIGMENTADO O TUMOR DE REED

M.L. Vega Gutiérrez, J. Vega Gutiérrez¹
Centro de Salud Pilarica. ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Presentamos el caso de una niña de 2 años de edad que acudió a nuestra consulta por el crecimiento de un lunar del dorso de la mano presente

desde el nacimiento. La exploración clínica reveló una tumoración pigmentada oscura, con ciertas irregularidades en superficie, de 0,6 cm de diámetro mayor. La apariencia clínica de la lesión era compatible con varias tumoraciones pigmentarias, incluyendo el melanoma maligno nodular. Por este motivo, se indicó extirpación quirúrgica y estudio anatomopatológico, que confirmó el diagnóstico de nevus de células fusiformes pigmentado o tumor de Reed. El tumor de Reed es una lesión benigna característica de jóvenes y más frecuente en mujeres. Se han descrito también casos de presentación al nacimiento, aunque son poco frecuentes. Su aspecto clínico y los cambios intensos que puede presentar en pocos meses obligan a realizar diagnóstico diferencial con neoplasias malignas, como el melanoma nodular o los carcinomas basocelulares pigmentados. También conviene diferenciarlo de otras tumoraciones benignas como los nevus azules, los nevus atípicos y lesiones de origen vascular.

58

ANÁLISIS DE DEMANDA ASISTENCIAL DESDE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: DEPARTAMENTO ORIHUELA-VEGA BAJA-ALICANTE

A. Segarra Verdú, J. Castañer, I. Rubio¹, R. Gómez, B. Llusá, R. Loro
Servicio de Rehabilitación. Hospital Vega Baja. Orihuela.
¹*Pediatra. Centro de Salud Almoradí. Alicante.*

Objetivos. Realizar análisis sistemático de los motivos de consulta que originan derivación de pacientes pediátricos desde Centros de Salud hasta el servicio de rehabilitación en el Departamento de Salud Orihuela-Vega Baja.

Material y métodos. Se revisan retrospectivamente los motivos de consulta originales y las historias clínicas pediátricas de pacientes remitidos a nuestro servicio hospitalario en período 2004-2006.

Resultados. Se presentan y analizan los resultados en base a grupos de edad, patologías de mayor prevalencia, tratamiento recibido si lo hubiera y evolución del paciente.

Conclusión. La comunicación entre los pediatras extrahospitalarios y los servicios de rehabilitación de referencia deben ser fluidos en el sentido de protocolizar las patologías más prevalentes y controlar de forma coordinada la evolución de los pacientes.

59

ASPECTOS NEUROENDOCRINOS (MELANINA Y β -ENDORFINAS) EN LA PATOGENIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN LOS NIÑOS

L. Martínez Marín, C. Espín Quirantes, J. Rodríguez Carrasco,
J. Uberos Fernández, A. Molina Carballo, A. Muñoz Hoyos
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivo. La dermatitis atópica es una patología de incidencia creciente entre los pacientes pediátricos. Entre los factores que intervienen en su patogenia hay una alteración de la respuesta inmune. En la presente aportación pretendemos analizar los hallazgos clínicos y analíticos que definen la enfermedad así como ciertas modificaciones neuroendocrinas, con la finalidad de instaurar recomendaciones clínicas prácticas en la atención del paciente.

Material y métodos. Dispusimos de una muestra compuesta por 55 sujetos divididos en tres grupos: pacientes sanos, pacientes con dermatitis atópica con brote y sin brote. Fueron evaluados clínicamente mediante SCORAD. Estudiamos variables clínicas, hematológicas, inmunológicas (poblaciones linfocitarias, IgE) y bioquímicas (melatonina y β -endorfinas). Para el análisis de los datos se empleó el paquete informático SSPS y el ANOVA de una vía.

Resultados. Hay una disminución estadísticamente significativa en los niveles de melatonina y β -endorfinas observada en los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica con respecto a los del grupo control ($p < 0,01$).

Conclusión. Junto a la base fundamental del trastorno inmunológico, en la dermatitis atópica probablemente exista una disfunción neuroendocrina que constituya un elemento esencial en su patogenia. Sería conveniente para el futuro diseñar nuevos proyectos que analicen simultáneamente aspectos inmunológicos y neuroendocrinos para profundizar en su conocimiento patogénico y aclarar determinados aspectos del tratamiento.

NEFROLOGÍA, INFECCIÓN URINARIA

60

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

B. Nieto, M. Muriel, V. Murga, D. Fernández, G. García, A. Navas
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El riñón intratorácico es una anomalía congénita muy poco frecuente. Habitualmente es asintomático, lo que puede dificultar su diagnóstico. Su incidencia coincidente con las hernias de Bochdalek se ha descrito en menos del 0,25% de los casos.

Caso clínico. Lactante de 8 meses con bacteriuria asintomática. Antecedentes personales: gestación a término de curso normal excepto viraje materno de toxoplasma. Apgar bajo y distress respiratorio transitorio. Al mes de vida ingreso por síndrome febril por ITU por *E. Coli*. A los 3 meses remitido por su pediatra por bacteriuria persistente resistente a tratamiento antibiótico. Meses como una manifestación clínica. Se realiza Rx de tórax en la que se aprecia la existencia de riñón intratorácico, se confirma con DMSA. La RM evidencia herniación torácica izquierda con hemitórax parcialmente ocupado por riñón izquierdo, bazo y parte de colon. Se diagnostica de hernia diafragmática posterolateral izquierda (Bochdalek) asociada a riñón izquierdo ectópico torácico. Se realiza reparación quirúrgica con éxito.

Conclusiones. Las hernias diafragmáticas congénitas constituyen una patología poco frecuente. En la mayoría de los casos el diagnóstico es prenatal. Los síntomas respiratorios son los más frecuentes. A veces el paciente puede permanecer asintomático o con síntomas inespecíficos durante un período largo de tiempo como sucede con el caso que presentamos. El tratamiento de esta malformación congénita es la reparación quirúrgica del defecto. El riñón intratorácico es la más rara de las ectopias renales con una incidencia de 1/10.000. Señalar la utilidad de las pruebas de imagen en el estudio del niño con pielonefritis que en nuestro caso llevaron al diagnóstico etiológico.

NEUMOLOGÍA

61

ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

A. González Carretero, A. Abril Molina, A. Sánchez Calderón,
L. Martínez Marín, E. Ocete Hita
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. Conocer la forma de presentación clínica, morbilidad y complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes que precisaron ingreso hospitalario desde el año de inicio de vacunación antineumocócica.

Material y métodos. Estudio epidemiológico retrospectivo, realizado en el Hospital Clínico San Cecilio. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados y diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad, recogiendo datos clínicos, radiológicos, analíticos, tratamiento y complicaciones desde el año de inicio de la vacunación antineumocócica hasta julio del 2006. Para el diagnóstico de neumonía de probable origen

neumocócico nos basamos en el patrón radiológico, el número de cifra de leucocitos, el valor de la proteína C reactiva y el aislamiento del neumococo en cultivos.

Resultados y conclusiones. La neumonía adquirida en la comunidad, en niños menores de 14 años presenta una elevada morbilidad. Utilizando parámetros clínicos, analíticos y radiológicos la neumonía que se sospecha de origen neumocócico parece más grave que la de otras posibles etiologías. La vacuna neumocócica conjugada podría disminuir el número de neumonías atribuidas a este microorganismo aunque en el caso de estar producida por cepas no incluidas en la misma parece estar aumentando el número de complicaciones y la gravedad del proceso infeccioso.

62

DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO. REVISIÓN DE LOS CASOS REGISTRADOS DESDE LA APARICIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA EN NUESTRO HOSPITAL

A. Abril Molina, A. González Carretero, L. Martínez Marín, A. Sánchez Calderón, E. Ocete Hita
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Objetivos. En los últimos años parece existir un aumento en la incidencia del derrame pleural asociado a neumonías adquiridas en la comunidad. El objetivo de nuestro estudio es describir la etiología y características clínicas de los derrames paraneumónicos, determinar su incidencia y la eficacia de los distintos tratamientos.

Material y métodos. Estudio epidemiológico retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años con derrame pleural paraneumónico desde el inicio de la vacunación antineumocócica hasta julio de 2006. Recogiéndose de la historia clínica datos demográficos, clínicos, radiológicos y analíticos así como tiempo de evolución y su respuesta al tratamiento.

Resultados y conclusiones. En el análisis de nuestros datos se observa un aumento de la incidencia de derrame pleural paraneumónico en los últimos años. Estos datos coinciden con los publicados en estudios previos en los que existe un aumento del número de niños ingresados con derrame pleural asociado a neumonía adquirida en la comunidad y un aumento en la incidencia de derrame pleural complicado. El *Streptococo pneumoniae* es el agente causal más frecuente y el que mayor gravedad clínica conlleva, lo que se atribuye a la aparición de serotipos más agresivos no incluidos en la vacuna heptavalente.

63

UTILIDAD DE LA IMPEDANCIOMETRÍA EN LA VALORACIÓN DE OTITIS MEDIA SEROSA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

M. Parrilla-Roure, A. Sáinz¹, M.V. Escolano-Margarit, B. Sevilla-Pérez, A. Molina-Carballo², J. Uberos-Fernández³, C. Tomasini
Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ¹Centro de Salud de Martos, Jaén. ²Centro de Salud Cartuja, Granada. ³Centro de Salud Zaidín, Granada.

Introducción. La timpanometría constituye actualmente un procedimiento muy práctico para valoración y *screening* de patología del oído medio, existiendo indicaciones bien definidas para su uso. No obstante, expertos recomiendan su empleo sistemático en determinadas poblaciones de riesgo. Esta comunicación evalúa su utilidad en el niño en régimen de acogida institucional.

Métodos. Grupo problema (GP): 58 pacientes acogidos en 3 instituciones Grupo control (GC): 60 niños normales con igual sexo y edad. A todos se les realizó exploración timpanométrica con impedancímetro automático portátil *Siemens hand timp* realizando la medida impedanciométrica entre +200 y -300 daPa, y reflejo estapedial entre 500-4000 Hz. Análisis estadístico: test de la Chi cuadrado.

Resultados.

– Número total de oídos patológicos: GC:34/120; GP:67/116; X²:19.676; p=0,001.

– Número total de oídos con alteraciones tubáricas: GC:26/120; GP:45/11; X²:7.431; p=0.006 - Número total de oídos con derrame en oído medio. GC:17/120; GP:52/116; X²:25.349; p=0,001.

Conclusión.

1. La prevalencia de otitis media serosa en niños institucionalizados hace que deba considerarse como grupo de riesgo especial.

2. Por las características de la técnica y utilidad clínica tan destacada, la timpanometría debería formar parte de la instrumentación básica de todas las consultas pediátricas.

64

¿QUÉ HAY DETRÁS DE ALGUNAS BRONCONEUMOPATÍAS RECURRENTE?

C. Rodríguez Pérez, A. Escribano Montaner, M. Moreno Ruiz, A. Lizondo Escuder, N. Díez Monge, M.A. Moya¹
Unidad de Neumología Infantil. ¹Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia.

Introducción. La incidencia de bronconeumopatías crónicas y/o recurrentes (BNC) oscila de un 10% en Atención Primaria a un 25-30% en la consulta de neumología pediátrica. Se debe pensar en éstas ante tos crónica, expectoración, episodios reiterados de obstrucción bronquial y radiología sugerente. Se pretende destacar la importancia de realizar un correcto enfoque diagnóstico.

Caso clínico 1. Lactante niña de 7 meses remitida por crisis bronco-obstructivas de repetición. Episodios frecuentes de atragantamiento con los alimentos sólidos y tos con el ejercicio. *Valoración y evolución:* exploración anodina. Se propone realizar fibrobroncoscopia pero los padres la rechazan, no acudiendo a la consulta hasta 4 años más tarde. Durante este tiempo presenta crisis broncoobstructivas reiteradas y neumonías de repetición, recibe tratamiento con corticoides inhalados y salmeterol, manteniendo tos diaria matutina. En la espirometría se observa una curva flujo-volumen cuadrangular. Se realiza fibrobroncoscopia apreciándose una estenosis concéntrica del tercio inferior de la tráquea. La RMN permite detectar un doble arco aórtico (DAA). Se remite a cirugía cardiovascular decidiéndose la sección del arco aórtico menor.

Caso clínico 2. Niño de 8 años remitido por tos crónica. *Valoración y evolución:* exploración clínica y espirometría normales. Se inicia tratamiento con BUD con buena respuesta. Al año reaparece la tos seca diurna y en la espirometría aparece una curva inspiratoria horizontalizada con flujos espiratorios normales. Se realiza fibrobroncoscopia apreciándose una reducción del calibre del tercio medio de la tráquea. La TACAR helicoidal permite detectar un tronco braquiocefálico (TBC) derecho. Se remite a cirugía cardiovascular decidiéndose una actitud expectante.

Discusión. Los anillos vasculares son anomalías que comprimen la tráquea, el esófago o ambos. En el DAA, tipo más frecuente, la aorta ascendente se bifurca en dos arcos, uno derecho y posterior, y otro izquierdo y anterior que rodea la tráquea y el esófago. El TBC derecho aberrante es una anomalía en la que no se llega a formar un anillo completo. La clínica suele aparecer en la primera infancia con sintomatología respiratoria que empeora durante la deglución o el esfuerzo, son frecuentes las neumonías de repetición o la clínica broncoobstructiva recidivante. Tanto la espirometría como la fibrobroncoscopia tienen un alto valor diagnóstico. La primera porque puede revelar anomalías en el trazado de la curva ins y/o espiratoria, y la fibrobroncoscopia porque permite visualizar la compresión.

Conclusiones.

– Los anillos vasculares pueden ser la causa de síntomas respiratorios o digestivos crónicos.

– La fibrobroncoscopia tiene en estos casos un alto valor diagnóstico.

NEUROLOGÍA, MIOPATÍAS

65

CASO CLÍNICO. SÍNDROME DE FREY

A.M. Roldán Ros, T. Llopart Moragas¹

ABS Gavá 1. Gavá, Barcelona. ¹ABS Piera. Piera, Barcelona.

Caso clínico. Síndrome de Frey. El síndrome de Frey es una entidad muy poco frecuente en pediatría, que se caracteriza por episodios recurrentes de rubor, sudoración en el área de inervación del nervio aurículo-temporal. Generalmente está desencadenado por estímulos gustatorios. Es una enfermedad de diagnóstico clínico, que es importante conocer, para no realizar pruebas complementarias innecesarias para su diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente varón de 5 meses sin antecedentes patológicos de interés, salvo parto distócico por forceps. No patología hasta el momento. Consulta por presentar desde la introducción de la papilla de frutas, episodios de eritema intenso de localización en mejilla derecha, sin alteraciones digestivas ni irritabilidad. Persistía hasta una hora después de la ingesta, desapareciendo espontáneamente. La exploración física y neurológica era estrictamente normal. Se realiza una prueba de provocación en consulta observándose dicho fenómeno, que afectaba la zona del nervio aurículo temporal derecho.

66

ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Postigo García, C. Goyanes Sotelo, M. Marco García, I. Cercós Hawkins, A. Diéguez Henríquez, M. Roig¹

CAP Montcada i Reixac. ¹Servicio Neuropediatría. Hospital Valle de Hebrón, Barcelona.

Introducción. La atrofia muscular espinal (AME), es un trastorno neurodegenerativo que afecta a las motoneuronas del asta anterior de la médula espinal, y que da como resultado atrofia y debilidad muscular. Se transmite con carácter autosómico recesivo con una incidencia de 1/10.000 nacidos vivos. Según la edad de comienzo y la gravedad de los síntomas se clasifica en 4 tipos: tipo I: Werdnig-Hoffman; tipo II: intermedia; tipo III: Kugelberg-Welander; tipo IV: atrofia muscular espinal del adulto. Para confirmar el diagnóstico clínico se realizan hemograma, electromiograma, biopsia muscular y estudio genético.

Caso clínico. Paciente de 8 meses de edad que presenta disminución de fuerza, ausencia de movilidad activa y arreflexia en extremidades inferiores. Desarrollo psicomotor normal hasta los 6 meses de edad. Se remite a Neuropediatría y se realizan: radiografía de caderas y analítica con determinación de CPK, LDH, y fosfatasa alcalina con resultados normales; TAC craneal que muestra lesión hipodensa periventricular occipital derecha; electromiograma con hallazgos neurofisiológicos que muestran afectación difusa de segunda motoneurona, y biopsia muscular compatible con afectación neurogénica. Con la sospecha de AME se realiza estudio molecular que muestra delección homocigota del exón 7 y 8 del gen SMN que confirma el diagnóstico. En el momento actual la paciente tiene 32 meses, presenta atrofia muscular y arreflexia generalizadas, así como hipotonía y debilidad de predominio proximal. Mantiene sedestación estable con apoyo. Sigue controles periódicos en Neuropediatría y Rehabilitación para fisioterapia muscular y respiratoria. Como complicaciones presenta episodios de dificultad respiratoria de repetición y ha requerido dos ingresos hospitalarios por sobreinfecciones respiratorias.

Comentarios y conclusiones. Aunque la AME no tiene tratamiento curativo es importante realizar un diagnóstico precoz para comenzar cuanto antes tratamiento rehabilitador y preventivo de complicaciones, basado en una continuada fisioterapia muscular y respiratoria y un adecuado soporte nutricional. Es fundamental el apoyo psicológico a los familiares y el consejo genético a los padres.

67

DOLOR DE ESPALDA. SIGNO DE ALERTA

A. Martínez Crespo, A. García López, J. Jiménez Pérez, M. Vilallonga Fábregas, S. Garrido García
ICS-ABS El Masnou. Barcelona.

El dolor de espalda es poco frecuente en Pediatría, aumenta su incidencia en la adolescencia por causas mecánicas, traumáticas y degenerativas; en la infancia los procesos infecciosos, inflamatorios y tumorales son los más frecuentes.

Caso clínico. Niña de 2 años. Vacunación adecuada. No alergias. Antecedentes familiares: hermana (labio leporino y espina bífida). Consulta: seguimiento de lumbalgia nocturna, atendida en urgencias hospitalarias. Niega traumatismo. Persiste dolor en días sucesivos, aumentando con el reposo nocturno, localización dorso-lumbar, no irradiado, interfiere el sueño, mejora en el día permitiendo buena movilidad, no enuresis ni disuria. No se reproduce con la deambulacion. No signos neurológicos, sensibilidad y reflejos osteotendinosos normales. No curvaturas patológicas de espalda. No mejora con analgésicos. Labstix, Rx dorso lumbar, ECO abdominal: normales. Diagnóstico-Traumatología: Contractura muscular paravertebral. Persistiendo el dolor y la insistencia de los padres se ingresa para estudio. TAC normal. RMN: lesión expansiva intramedular D5-D6 hasta D8 sugestiva de astrocitoma medular.

Conclusiones.

- El dolor de espalda en infantes involucra patologías importantes.
- No debemos menospreciar la opinión de los padres.
- La incidencia del astrocitoma intramedular es del 40% y el síntoma inicial el dolor local.
- La RMN es la clave diagnóstica de estos tumores.

ORTOPEDIA, APARATO LOCOMOTOR

68

OSTEOPOIKILIA, LA TRANQUILIDAD DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

M.A. María Tablado, C. Montejó Martínez¹, S. Martos Torrejón²
Consultorio Local Morata de Tajuña. Área 1 de Atención Primaria.

¹Centro de Salud Villaamil. Área 5 de Atención Primaria.

²Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Osteopoikilia (osteopatía condensante diseminada) en un paciente de 13 años. Es un varón que acude para revisión de un traumatismo sobre muñeca derecha con una radiografía de carpo. Las lesiones esclerosas en carpo y metacarpianos nos hicieron pensar en osteopoikilia como primer diagnóstico. El paciente estaba sano, bien vacunado, revisiones normales, sin antecedentes personales de interés. Segundo de tres hermanos sanos. Los padres son sanos y también los familiares de primer grado, la madre no tuvo abortos ni fetos muertos. La osteopoikilia es una enfermedad de la osificación anómala del tejido conectivo de la esponjosa. La etiología es desconocida. Mayor en varones. Se cree autosómica dominante incompleta. El síndrome de Buschke y Ollendorf asocia queratodermia palmo-plantar o fibromas cutáneos. En la radiología simple vemos manchas redondeadas/ovoides circunscritas ("lentejas"), ampliamente distribuidas, simétricas que no alteran la corteza ni contorno óseo. Asintomáticas. Descubrimiento casual en adultos jóvenes. El diagnóstico diferencial: metástasis, condrodistrofia punteada, seuelas inflamatorias, osteopatía estriada, melorreostosis. No progresan. Pueden desaparecer y reaparecer. No precisan tratamiento. En nuestro caso no se procedió a otros estudios ni se realizó tratamiento alguno. Actualmente permanece asintomático. En ocasiones el conocimiento de unas "típicas" imágenes radiológicas, permite tomar una actitud correcta y tranquilizadora.

EXOSTOSIS CARTILAGINOSA MÚLTIPLE. ACTUACIÓN DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

S. Pérez Sánchez, I. Pagán Muñoz, S. García de la Rubia
Centro de Salud de Atención Primaria Murcia-Centro. Murcia.

Introducción. La exostosis cartilaginosa múltiple es una enfermedad que afecta al cartílago de crecimiento de los huesos sobre todo en las extremidades. La consecuencia es el crecimiento anormal del hueso, originando masas de consistencia dura (exostosis) en las zonas proximales de las articulaciones. Estas alteraciones pueden producir un acortamiento y deformidad de los miembros. Además de la alteración estética que producen las exostosis, pueden comprimir también los vasos o los nervios y dificultar los movimientos articulares.

Caso clínico. Presentamos un caso de exostosis cartilaginosa múltiple y valoramos, la utilidad del pediatra de Atención Primaria en su evolución y tratamiento. Se trata de un varón escolar de seis años y medio de edad que consulta por tumoración palpable en el ángulo superior e interno ambas rodillas, de aparición insidiosa y asintomática. En la anamnesis refería antecedentes de un familiar directo que no se estudió. En la exploración física se detectó leve limitación de la flexión de la cadera y se evidenciaban las pequeñas tumoraciones simétricas en ambas rodillas, así como una actitud en genu valgum leve en bipedestación, debido primariamente a una angulación en valgo de la tibia proximal, se objetivaban pies pronados reducidos poco marcados. El resto de la exploración física fue normal, incluida la valoración neurológica. Las pruebas complementarias fueron normales, salvo el estudio radiológico, donde se objetivaron lesiones de exostosis bilaterales y simétricas a nivel de región proximal de fémur, tibia y distal de peroné. Resto de estructuras óseas sin alteraciones. El paciente fue derivado para estudio completo al servicio de Traumatología de nuestro Hospital de referencia, donde confirman nuestra sospecha.

Discusión y conclusiones. El pediatra de Atención Primaria por la fácil accesibilidad, es el profesional más indicado para realizar el seguimiento de estos niños. Debemos explicar a los padres y al niño si su edad nos lo aconseja, el carácter hereditario de la enfermedad, siendo la transmisión autosómica dominante. Es igualmente importante comunicar la posibilidad de regresión que tiene esta enfermedad cuando finalice el crecimiento. Así mismo, es nuestra misión evaluar periódicamente el crecimiento del niño y tratar si existiera algún síntoma de dolor. Derivaremos a fisioterapia o a psiquiatría si en algún momento se ve afectada la movilidad articular o hubiese una implicación emocional importante. La exostosis cartilaginosa múltiple es pues, una entidad rara que tendremos que conocer para poder diagnosticarla acertadamente. El pediatra de Atención Primaria es el máximo responsable del seguimiento de estos niños, detectando y solucionando cualquier complicación que pudiera aparecer en su evolución.

Bibliografía.

1. Darilek S, Wicklund C, Novy D, Scott A, Gambello M, Johnston D, Hecht J. Hereditary multiple exostosis and pain. *J Pediatr Orthop* 2005; 25 (3): 369-76.
2. Pierz KA, Stieber JR, Kusumi K, Dormans JP. Hereditary multiple exostoses: one center's experience and review of etiology. *Clin Orthop Relat Res* 2002; 401: 49-59.
3. Nakamura S, Kusuzaki K, et al. Case report of secondary chondrosarcoma showing spontaneous regression after frequent recurrences. *Anticancer Res* 2000; 20 (5C): 3817-21.

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

¿USO O ABUSO DEL SERVICIO DE URGENCIAS? VALORACIÓN DESDE UN ÁREA BÁSICA RURAL

C. Colavita, F. Cantarell Busque
Área Básica Anoia Rural. Igualada, Barcelona.

Se valoraron las consultas a urgencias desde un área básica rural, cuyo denominador común es la dispersión de la población en 15 municipios; atendidos por un equipo de un pediatra y una enfermera. Se evaluó una población infantil de 0 a 15 años, en un período de 18 meses entre enero del 2005 a julio de 2006. Se revisan los informes de urgencias, valorando diversas variables (edad, horario, motivo de consulta, diagnóstico, exámenes complementarios realizados, indicación antibiótica, visitas previas y posteriores al área básica y el número de visitas a urgencias. Con estos datos se realiza una estadística de nuestra área básica; demostrando que, en general, se abusa de las visitas al servicio de urgencias, debido a la mayor disponibilidad horaria y que en general se realizan un número mayor de exámenes complementarios y de indicación antibiótica.

¿QUÉ LE PASA A MI HIJO DOCTOR?

M.J. Corullón Fernández, N. Docampo Pérez, S. de Castro Valentín,
Y. Rodríguez Gallego, D. López Pacios, M.E. Valdevira Díaz
Servicio de Pediatría. Hospital de El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. La patología orbitaria tumoral durante la edad pediátrica es rara. De origen diverso (infeccioso, idiopático, inflamatorio, pseudotumoral). Presenta igual distribución por sexos y localización. Su diagnóstico se realiza por técnicas de imagen, fundamentalmente TAC orbitario y RMN; siendo su tratamiento fundamentalmente quirúrgico, su evolución es favorable sin presentar complicaciones derivadas de la intervención ni de la propia patología. Presentamos dos **casos clínicos**:

1. Niña de 2,5 años que presenta desde hace un mes tumoración en órbita derecha con protusión en párpado superior canto interno. Se diagnostica como posible quiste lipomatoso necesitando resección quirúrgica.
2. Niña de 14 meses con tumoración redondeada en tercio interno ojo izquierdo, sin masas ni desplazamiento del globo ocular ni exoftalmos, diagnosticada de quiste infeccioso de retención, que seis meses antes presenta queratoconjuntivitis vírica bilateral y ptosis izquierda. Remitido para cirugía.

Discusión. La patología orbitaria en la infancia, en nuestro medio, se presentó con cinco casos en los últimos cinco años (de causa pseudotumoral e infecciosa), nunca maligna. Con una proporción por sexos varón: hembra 2:3 y por localización ojo izquierdo: ojo derecho 2:3. La solución fue quirúrgica en dos de los casos. El pronóstico en todos los casos fue bueno. En los dos casos presentados las madres trabajaban con radiación.

Conclusiones.

1. Desde Atención Primaria es importante conocer la patología orbitaria por su buen pronóstico.
2. De etiología desconocida, la radiación no parece ser un factor predisponente.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE PUERICULTURA EN EL NIÑO MENOR DE UN AÑO. MUNICIPIO 10 DE OCTUBRE, POLICLÍNICO DOCENTE "LAWTON", 2006

B.R. Gallego Machado, M. Esquivel Lauzurique¹, M.C. Alemán Lage¹
Coordinadora del Grupo de Trabajo Nacional de Puericultura.
¹Policlínico Docente "Lawton".

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de evaluar la calidad de las consultas de Puericultura de los niños menores de un año en el Policlínico docente "Lawton", del Municipio 10 de Octubre, año 2006. La población que se estudió está constituida por 181 lactantes, distribuidos en dos grupos básicos de trabajo (GBT), en la barriada de Lawton. Para dar cumplimiento a los objetivos específicos propuestos se utilizaron criterios de estructura, proceso y resultados agrupados

según las diferentes dimensiones, los que han sido seleccionados mediante consultas a expertos de las direcciones materno infantil y de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública. Se diseñaron los instrumentos necesarios para la recolección de la información, la cual se realizó a través de encuestas a los participantes, revisión de historias clínicas y de documentos estadísticos. Para el procesamiento de la información se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, fundamentalmente porcentajes, medias y desviaciones estándar; también se hizo uso del Chi cuadrado en algunas asociaciones adecuadas al propósito. La información obtenida será introducida en Microsoft Excel y procesada con el programa SPSS.

73

ATENCIÓN PRIMARIA EN CUBA DURANTE EL PERÍODO REVOLUCIONARIO

B.R. Gallego Machado, J. Díaz Novás¹

Especialista de II Grado en Pediatría. ¹Especialista de II Grado en Medicina Interna. Titular. Policlínico Docente Lawton.

El establecimiento y desarrollo de la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud se vincula con las transformaciones políticas y económicas operadas en nuestra sociedad a partir del triunfo de la Revolución. Se caracterizan las tres etapas principales del desarrollo de nuestra Atención Primaria, y se señalan sus logros y limitaciones: la etapa del "policlínico integral", la etapa del policlínico comunitario o de la "medicina en la Comunidad" y la otra etapa actual del médico de la familia y la medicina general integral. Se precisan los factores que coadyugaron al tránsito de una etapa a otra. Se valora la etapa actual como la de más alta expresión de nuestro sistema de salud y se perfilan sus posibilidades de desarrollo, como piedra angular de nuestro objetivo de satisfacer plenamente las necesidades de salud de nuestra población.

74

CUIDADOS EXTRAHOSPITALARIOS EN NIÑOS CARDIÓPATAS

M.J. Salado Reyes, V. García Sánchez, M.C. Olivera Avezuela, T. Aguirre Copano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción. Los niños cardiopatas deben ser responsabilidad compartida entre el pediatra de Atención Primaria y del cardiólogo pediátrico.

Objetivos. Ofrecer al profesional de Atención Primaria un programa de seguimiento del cardiopata, para disminuir la ansiedad que muchas veces supone enfrentarse a esta patología.

Material y métodos. Revisiones bibliográficas y revisión de derivaciones a consulta de Cardiología pediátrica y Urgencias Pediátricas.

Resultados. En todo niño cardiopata y sobretodo en insuficiencia cardíaca hemos de vigilar: alimentación, ganancia ponderal, vacunaciones (comunitarias y específicas), prevención de procesos infecciosos (virus respiratorio sincitial), profilaxis de endocarditis, detección de reagudizaciones, fisioterapia respiratoria, calendario quirúrgico, actividad física y farmacología y ofrecer ayuda psicológica. En cardiopatías cianosantes vigilaremos alteraciones hidroelectrolíticas en procesos intercurrentes, crisis hipoxémicas, cambios de hematocrito y de saturación. En niños intervenidos vigilaremos la herida quirúrgica, el síndrome postcardiotomía y detectaremos defectos residuales. En arritmias, detección precoz y diagnóstico de presunción (toma de pulso y electrocardiograma).

Conclusiones. Es fundamental el conocimiento, por parte del pediatra, del cuidado del cardiopata para intentar ofrecerle una mejor asistencia. A su vez el profesional, con un mejor entendimiento, realizará su labor con mayor control lo que llevará consigo una mejor relación y una disminución de la ansiedad paterna.

75

UTILIDAD DE LA ACTIGRAFÍA EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

M. Ruiz-Alba Gómez, M. Ribera Cuello, V. Escolano, C. Tomasini, J. Uberos Fernández, A. Molina Carballo, A. Muñoz Hoyos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada.

Objetivo. Tras la reciente publicación de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (CITS), se ha progresado en la atención de los patrones del sueño en la infancia. A ello se añade la aparición de un nuevo procedimiento diagnóstico (actigrafía), que ha facilitado aún más su interpretación clínica. Nos proponemos valorar la actigrafía como método de utilidad para realizar estudios del sueño en la infancia.

Material y métodos. Se estudian 258 niños atendidos en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Clínico de Granada. Éstos se clasificaron en tres grupos: a) grupo control (GC) de 124 niños sanos; b) grupo problema (GP) de otros 124 niños con problemas de sueño según la CITS; y c) un grupo de 10 niños epilépticos con trastornos del sueño asociados. Se les aplica el protocolo recomendado por la CITS sustituyendo la polisomnografía por la actigrafía (*Actiwatch Sleep Analysis*), que permite recoger durante períodos prolongados fases de descanso-actividad, registrando hasta 10 movimientos por segundo que integra en función de su duración e intensidad, y con un *software* interpretará los datos sobre: sueño real, latencia, actividad y despertares nocturnos.

Resultados. Valores actigrafía grupo C, grupo P, grupo E. Sueño teórico: 09:30 +/- 30; 09:18 +/- 29; 11:34 +/- 30. Tiempo real de sueño: 09:20 +/- 27; 08:40 +/- 25; 10:45 +/- 25; TRS % 98:24 +/- 07; 93,1 +/- 0,8; 92,9 +/- 1,1. Tiempo despierto: 00:08 +/- 6; 00:35 +/- 20; 00:24 +/- 23. Eficiencia sueño: 94,5 +/- 0,85; 90,48 +/- 0,9; 89,8 +/- 1,2. Tiempo latencia: 00:03 +/- 1; 00:10 +/- 2,5; 0,2:12 +/- 3,1. Despertares: 1,3 +/- 1,7; 3,4 +/- 2,3; 3,9 +/- 1,8.

Conclusión. La actigrafía constituye un procedimiento de gran eficacia para el estudio de los TS en el niño (correlación > 85% con la polisomnografía).

75 BIS

EPIDEMIOLOGÍA, REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA CON DESMOPRESINA ORAL EN PACIENTES CON ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA MONOSINTOMÁTICA EN NUESTRO MEDIO

M.I. Molina Chica, P. Chinarro Martínez, M.A. Villares Torquemada
Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

Objetivo. Analizar prevalencia de enuresis nocturna primaria monosintomática (ENPM) en nuestra área durante 2004/05, evaluando datos epidemiológicos, psicológicos y respuesta terapéutica.

Material y métodos. Pacientes asignados a nuestro Centro de Salud, con edades entre 5-13 años, con ENPM. Estudio epidemiológico descriptivo (variables: edad, sexo, A. familiares), estudio psicológico (actitud familiar, repercusión psicológica, etc.). Respuesta terapéutica con desmopresina vo.

Resultados. (n=108) 5,05%, presentan ENPM, (total población 5-13 años n=2135). V/M: 1,6/1. Prevalencia sexo: V: 6,27%, M: 3,84%. Frecuencia según edad: 5-8 años: n=83 (76,8%), prevalencia 6,89; 9-13 años: n=25 (23,14%) prevalencia 2,68. A. familiares: n=61 (56,48%): A. maternos: 47,54%, A. paternos: 37,7%, antecedentes ambos: 14,75%. Actitud familiar: despertar nocturno para orinar (77,7%), uso pañal (64,8%), restricción líquidos (49%), reprimir (7,4%), castigos (1,8%). Repercusión paciente: preocupación (66,6%), angustia (32,4%), complejos-baja autoestima (33,3%), culpabilidad (2,7%), ansiedad (0,9%). Respuesta tratamiento desmopresina (frecuencias acumuladas). Reducción > 60% a 3 meses: 63,8%, reducción > 90% a 5 meses: 81,39%, reducción > 90% a 7 meses: 84,09%. Fracaso tratamiento: 15,74%.

Conclusiones. La ENPM en nuestro medio está infradiagnosticada por controles niño sano sólo hasta 4 años. Prevalencia-frecuencia mayor en varones, antecedentes familiares en > 50%. Causa de trastornos psicofísicos, recomendable tratamiento precoz, eficaz uso de desmopresina vía oral.

PEDIATRÍA PRENATAL, NEONATOLOGÍA

76

SÍNDROME DE AARSKOG: A PROPÓSITO DE DOS HERMANOS

L. López Navares. I. Tejada Mínguez¹, C.E. Schwartz²

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Altza. San Sebastián.

¹Genetista. Unidad de Genética. Hospital de Cruces, Bilbao.

²Greenwood Genetic Center. Carolina del Sur, EE.UU.

El síndrome de Aarskog, también llamado síndrome de Aarskog Scott o displasia facio dígito genital es un desorden genético extremadamente raro y caracterizado por una serie de anomalías estructurales y morfológicas que se transmiten de forma recesiva ligada al cromosoma x descrito por primera vez por Dagfinn Aarskog en 1970 y un año después por Charles Scott. Existen muy pocos casos alrededor de 100 descritos en la literatura médica mundial y su etiología parece ligada a una mutación en el gen *fgd1* situado en el brazo corto 8p del cromosoma x (xp11.21). Se trata pues de un síndrome ligado al sexo que se presenta mayoritariamente en varones. Está incluido dentro del sierre. Presentamos el caso de dos hermanos varones, siendo el menor nuestro caso índice. El niño presenta una talla baja con ciertos rasgos faciales semejantes a su hermano mayor y que al nacer hace 14 años, se catalogaron de displasias óseas con cariotipos normales la sospecha de estar ante un síndrome de Aarskog surgió al profundizar en el caso ante la posibilidad de que pudiera ser subsidiario de tratamiento con hormona de crecimiento que, por aquellas fechas, se probaba en esta patología. En este estudio clínico se comprobó que el caso índice presentaba realmente casi todas las características clínicas típicas del síndrome en cara, manos y pies, columna y genitales. Los estudios moleculares en el gen *fgd1* confirmaron el síndrome en los dos hermanos siendo su madre portadora e identificando un cambio de base en el intron5 del gen que justifica una proteína anormal y, por lo tanto, la clínica presentada.

77

CUTIS MARMORATA TELANGIECTASIA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO SEGUIDO DURANTE 3 AÑOS

J. Ajram, M.J. Pisonero, N. Cabrinety, C. Rodríguez,

M.R. Peralta Antín², R.M. Tares¹

Hospital Sagrat Cor, Barcelona. ¹CAP Sant Adrià. ²UBA.

Introducción. Enfermedad clínica infrecuente. Afecta al 1/3.000 neonatos, mayor incidencia sexo femenino. Anomalía vascular benigna, caracterizada por presencia al nacimiento de cutis marmorata persistente, flebectasias, telangiectasias y áreas de ulceración, tendencia a la mejoría espontánea. Forma localizada o generalizada con hipotrofia o atrofia de la piel afectada, provoca disminución de tamaño en dicha extremidad, más raramente ulceración. > 50% de los casos se asocian a otras anomalías congénitas, más frecuentes vasculares o asimetrías corporales.

Palabra clave. Cutis marmorata telangiectasia congénita (CMTC).

Caso clínico. Recién nacido de 2ª gestación de 38,3s (SGA) madre de 35 años afecta de *Streptococo agalactiae*, tratada con eritromicina ev. Padre sano, de 37 años. Sin antecedentes familiares. Parto eutócico, P.N. 2620 T: 46 PC 34. Lesión en rodilla izquierda de 3 cm x 3 cm color rojo-violáceo, placa atrófica reticulada deprimida con telangiectasias. A las 48 h de vida, remitida al servicio de Dermatología. Se practica: biopsia (diagnóstico positivo) a CMTC, fondo de ojo, eco-cardio, eco-craneal, TAC. Los

exámenes realizados fueron normales. A los 4 meses se constata dismetría miembro inferior con acortamiento de tibia izquierda de 1 cm. Retardo ponderoestatural. Hasta los 24 meses. Talla en P(10) y peso P(25), actualmente -1SDS en relación al anterior.

Discusión. CMTC, congénita, y excepcionalmente se manifiesta más tarde; en algún caso puede presentarse a los 8 y 18 meses de vida. De herencia autosómico dominante. Nuestro caso coincide con lo publicado en cuanto a la aparición, extensión y evolución. Su interés viene dado por el seguimiento del caso a lo largo de estos años.

78

EL SÍNDROME DE NOONAN, UN FENOTIPO ESPECIAL EN NUESTRAS CONSULTAS

S. Macías García, H. Bobillo de Lamo, G. Posadilla Alonso, A. Pérez Vaquero, N. Docampo Pérez, M. Corullón Fernández

Centro de Salud Ponferrada II. El Bierzo, León.

Introducción. El síndrome de Noonan es una afección a menudo desconocida, su frecuencia es de 1/2.000 nacimientos, confundida mucho tiempo con el síndrome de Turner. De gran polimorfismo expresivo, el signo guía más importante para el diagnóstico son los peculiares rasgos faciales, junto con alteraciones cardíacas, torácicas y talla baja. Afecta tanto a varones como hembras, y puede haber casos esporádicos o familiares con transmisión autosómica dominante.

Caso clínico. Niña en la que destaca desde el nacimiento un fenotipo especial (hipertelorismo, raíz nasal ancha, pabellones auriculares dismórficos, implantación baja del pelo y tórax ancho), con soplo paraesternal izquierdo a los 28 días de vida. Se realiza Rx tórax, ECG y ecocardiograma que confirman una cardiopatía congénita: comunicación interauricular (CIA). Se diagnostica de **síndrome de Noonan**. Serie ósea, eco de abdomen y transcraneal normal. Cariotipo: 46 XX. Evolución: regular ganancia de peso, talla inferior al percentil 3 y desarrollo psicomotor normal. Actualmente tiene 5 años, está pendiente de cierre de la CIA y tratamiento con GH por talla baja.

Conclusiones.

1. Destacar el papel del pediatra de Atención Primaria para su detección temprana.
2. Tras el diagnóstico fenotípico, requiere evaluación cardiológica y posterior observación evolutiva del crecimiento estatoponderal y desarrollo psicomotor.

79

ANOMALÍA DE POLAND: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Macías García, H. Bobillo de Lamo, A. Pérez Vaquero, G. Posadilla Alonso, M.L. González Fernández, M. Sanchidrián González

Centro de Salud Ponferrada II. El Bierzo, León.

Introducción. La anomalía de Poland es un defecto muscular congénito, caracterizado por ausencia unilateral del pectoral mayor. Se produce en 1 de cada 10.000-30.000 nacimientos, con predominio en varones y el lado derecho. Puede presentarse de forma aislada, o formar parte del síndrome de Poland, asociando simbraquidactilia u otras malformaciones musculoesqueléticas, renales o cardíacas. Se atribuye a un trastorno de la arteria subclavia en la sexta semana de vida embrionaria y ocasiona una alteración estética más que funcional, siendo su esperanza de vida la normal.

Caso clínico. Varón con asimetría torácica detectada al nacimiento. Se diagnostica de **anomalía de Poland**, realizándose exploraciones físicas periódicas: únicamente destaca la falta de masa muscular en hemitórax derecho cada vez más evidente, con movilidad conservada. Desarrollo psicomotor normal. Ecografía de pectorales (3 meses): el derecho de menor espesor y tamaño. Ecografía renal, Rx tórax, columna vertebral, muñeca y mano derecha (6 años): normal.

Conclusiones.

1. Diagnóstico clínico, apoyándonos en las pruebas de imagen para descartar malformaciones asociadas y definir la extensión del defecto torácico.
2. Destacar la importancia del seguimiento periódico en consulta de pediatría extrahospitalaria, orientando y prestando el apoyo emocional necesario.
3. Cuando llegue al desarrollo muscular completo ofertar la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

80

NEUROFIBROMATOSIS SEGMENTARIA (NF-5).

DIFICULTAD EN EL CONSEJO GENÉTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Leunda Iruretagoyena, P. Corcuera Elósegui, A. López Pestaño,
Y. Albisu Andrade
Hospital de Donostia. San Sebastián.

La neurofibromatosis segmentaria (NF-5) es una entidad poco frecuente, caracterizada por la presencia de neurofibromas y/o manchas de café con leche de forma aislada, localizada en una región del cuerpo, sin afectación sistémica ni casos familiares. Se debe a una mutación postzigótica del gen NF1, siendo mosaicos para el gen afecto y se pensó que no pasa a la descendencia. Sin embargo, si la mutación es muy precoz, puede afectar al tejido gonadal y explicar los contados casos en que un progenitor con NF-5, ha transmitido a su descendencia una NF-1.

Caso clínico. Niña de 11 años que consulta por presentar gran mancha café con leche. Exploración: gran mancha café con leche limitada a hemitórax derecho. Pecas en axila derecha. Exploración oftalmológica: no nódulos de Lisch. Exploración por aparatos: sin hallazgos. Exploración familiar: se descarta neurofibromatosis. Consejo genético: si el paciente no presenta nódulos de Lisch, tener en cuenta la edad, la transmisión a la descendencia sería excepcional. Ante su presencia no se puede emitir un consejo genético con garantías absolutas.

Comentarios.

1. La NF-5 no es una entidad rara. El pediatra debe familiarizarse con su diagnóstico.
2. No siempre se podrá dar un consejo genético seguro y claro.

81

SÍNDROME GENÉTICO: DIAGNÓSTICO, COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Ferrada, L. García Ollé, X. Perramón Montoliu,
J.L. Sécular Palacios, Y. Muñoz Blázquez, R. Castilla Chaves
EAP Dreta de l'Eixample. Equipo de Pediatría. Barcelona.

Introducción. La microcefalia no es infrecuente, es importante que el diagnóstico sea exacto, con vistas al consejo genético y a su inclusión en un programa terapéutico adecuado que permita el máximo desarrollo del niño. *Exploración RN:* hembra de 33 semanas, PN 1.425, T 38, PC 29. Parto por cesárea. Apgar 8/9. A/F aborto espontáneo anterior. 1ª visita a los 2 meses, microcefalia, oreja derecha dismórfica de implantación baja, ojos rasgados, hipertelorismo, llanto débil, corazón, abdomen y genitales normales, tono aumentado de extremidades inferiores. Detectada estabilización del perímetro craneal a los 10 meses. *Exploraciones complementarias:* ecografías transfontanelar-cervical-abdominal normales, analíticas de sangre y de orina normales. Se practica cariotipo en medio hospitalario demostrando una delección parcial del brazo corto del cromosoma 5, sin anomalías numéricas ni estructurales, diagnosticándose de síndrome de Cri Du Chat. Estudio citogenético en los padres normal. Evolución controlada, fisioterapia, pendiente de nuevas exploraciones.

Conclusiones. Destacamos la importancia de seguir las revisiones programadas en el protocolo del niño sano por parte del pediatra de Atención Primaria y la coordinación entre los distintos profesionales y servicios con la familia.

82

SÍNDROME DE GOLDENHAR. CAUSA DE SORDERA DE TRANSMISIÓN CONGÉNITA

A. Sánchez Calderón, A. González Carretero, A. Abril Molina,
M.J. Miras Baldó, E. Narbona López
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción. El síndrome de Goldenhar es un síndrome congénito caracterizado por malformaciones múltiples, siendo las más frecuentes la afectación facial bilateral asimétrica, sordera de transmisión y anomalías vertebrales.

Caso clínico. Ingresa recién nacido mujer por retraso del crecimiento intrauterino y síndrome dismórfico. En la exploración se aprecia asimetría facial con hipoplasia mandibular, pabellón auricular izquierdo ausente y derecho malformado, microretrognatia y apéndices faciales en ambas mejillas. Pruebas complementarias: TC craneal y de peñascos: conductos auditivos no neumatizados, oídos medios con ocupación de partes blandas y ausencia de cadena de huesecillos en el izquierdo. Oídos internos sin alteraciones. Estudio cardiológico: dextrocardia y foramen oval permeable. Cariotipo normal. Al mes de vida se realiza PEATC sin registrarse respuesta, se le adaptan prótesis de transmisión ósea y se vuelve a valorar a los tres meses de vida, apreciándose mediante PEATC una hipoacusia de 80dB en ambos oídos. A los 7 meses de vida se remite a logopedia infantil, sin descartarse en un futuro el uso de implantes cocleares.

Conclusión. Cuando no existen malformaciones mayores asociadas las expectativas de vida no difieren del resto de la población y nuestro esfuerzo se dirige a evaluar y tratar los posibles déficits neurosensoriales que presenten estos pacientes.

83

MORBILIDAD PERINATAL EN MADRES ADOLESCENTES Y SUS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA EN EL AÑO 2005

M. Rus Palacios, A. Campo Barasoain, V. Carranza Parejo, C. Flor Parra,
L. Durán de Vargas, J. González-Hachero
H.U. Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos. Revisión de morbilidad perinatal en madres menores de 19 años y de morbimortalidad neonatal en los recién nacidos (RN) de éstas en el H.V. Macarena en el año 2005.

Material y métodos. Se revisaron datos de edad materna, edad gestacional (EG), tipo de parto, peso del RN, número de RN que ingresaron en la unidad de Neonatología, complicaciones en los RN y nº de éxitus. Se compararon los datos obtenidos con los de las madres mayores de 19 años en el mismo año.

Resultados. Los partos en mujeres < 19 años fueron 198 lo que supone el (5,2%) del total de partos en dicho año. Estos partos fueron todos únicos, siendo los partos múltiples que se produjeron en dicho año 26 (25 de 2 RN y 1 de tres). La distribución por edades fue: 14 años: 1 (0,5%); 15 años: 12 (6,1%); 16 años: 15 (7,6%); 17 años: 38 (19,3%); 18 años: 51 (25,9%); 19 años: 80 (40,6%). Se realizaron cesáreas en las madres < 19 años (siendo el porcentaje de cesáreas generales de un 21,7%). La EG media en < 19 años fue de 274,61 días, siendo inferior a 37 semanas (partos prematuros) en el 9,6% mientras que en madres > 19 años fue del 7,7%. La distribución por pesos fue: < 2.500 g, 10 (18,5%); 2.500-3.000 g, 12 (22,2%); 3.000-4.000 g, 30 (55,5%); > 4.000 g, 2 (3,7%). La media de peso fue de 2948,27 g. En las madres ≤ 18 años los RN de peso inferior a 2.500 g fueron 287 (0,07%). En ambos grupos el porcentaje de ingresos en la unidad

de Neonatología fue del 7,6%. Presentaron malformación congénita 3 RN (mielomeningocele lumbosacro, transposición de los grandes vasos y hernia diafragmática). No se registró ningún éxitus neonatal entre los RN de madres adolescentes y solo una muerte intraútero. La estancia media en la unidad de Neonatología de los RN de madres adolescentes fue de 22,43 días (desde 11 horas hasta 100 días).

Conclusiones. El número de partos en adolescentes en el 2003 fue significativo. Hubo un porcentaje mayor de cesáreas y partos pretérmino, de RN de bajo peso para la EG, de ingresos en Neonatología y de éxitus entre los RN de madres adolescentes. Se trata por tanto de un grupo de riesgo.

84

APLASIA CUTIS CONGÉNITA EN UN RECIÉN NACIDO

J. Navarro Morón, I. Benavente Fernández, S. Lubián López,
V. García Sánchez, M. Benavides Medina, T. Aguirre Copano
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

La aplasia cutis congénita (ACC) es una alteración caracterizada por un defecto focal de la piel presente al nacimiento. Afecta de manera más frecuente al vértex.

Caso clínico. RN varón, fruto de tercera gestación controlada. Cesárea electiva a término por sospecha de dicha malformación. Apgar: 10/10. Peso de RN: 2.940 g. *Exploración física:* en vértex craneal se aprecia defecto cutáneo de 4 x 7 cms, bordes delimitados. Se asocia a defecto óseo, con exposición de duramadre abierta, aracnoides y masa encefálica. No se apreciaron otras lesiones cutáneas. Resto de exploración física, normal. Analíticas seriadas y ecografía transfontanelar: normales. Se intervino a las 7 horas de vida, previa antibioterapia de amplio espectro. El defecto se cierra por primera intención, siguiendo un curso postoperatorio favorable siendo alta a los 26 días de vida. *Juicio clínico:* aplasia cutis congénita. Acrania.

Conclusión. La prevalencia exacta de ACC es desconocida. Las hipótesis etiológicas incluyen adhesión de la piel a bandas amnióticas con arrancamiento posterior de piel, drogas o infecciones intraútero, defectos del tubo neural, sobredistensión de piel del vértex, o mecanismo vascular. El tratamiento es controvertido. En defectos grandes, asociados a defectos óseos se recomienda intervención quirúrgica precoz para el cierre definitivo.

85

COLLODION BABY: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Sala Langa, M. Oltra Benavent, J.M. Sequí Canet, J.I. Collar del Castillo,
B. Tomás Aguirre, M. Tomás Vila
Hospital Francisco de Borja de Gandía, Valencia.

Introducción. Las ictiosis constituyen un grupo de enfermedades hereditarias, de espectro variable, caracterizadas por trastornos de queratinización con descamación generalizada de la piel. El fenotipo *Collodion baby* es una de sus manifestaciones iniciales.

Caso clínico. Recién nacida procedente de la primera gestación de una madre sana (embarazo normal, no tóxicos, no antecedentes importantes). *Exploración nacimiento:* eritrodermia generalizada con exfoliación no ampollosa de la piel con zonas despegadas. Membrana brillante a tensión que cubre todo el cuerpo, más acusada en dedos de manos, pies y pabellones auriculares, encontrándose en flexión. Fascies inexpressiva, con ectropión bilateral y eclabium. Resto de exploración normal. *Evolución:* supera una fase inicial en incubadora con humedad máxima, cremas hidratantes, baños de avena y antihistamínicos orales. Se realizan controles fundamentalmente de temperatura, prevención de infecciones, problemas hidroelectrolíticos y respiratorios. Evoluciona hacia una fase de descamación completa y recambio dérmico posterior permaneciendo actualmente asintomática, precisando solamente cremas hidratantes.

Conclusiones. Pese a lo llamativo del cuadro inicial y una vez superada la llamativa fase aguda al nacimiento, los cuidados se reducen a tratamiento sintomático de la piel con sustancias humectantes, queratolíticas o emolientes. Es conveniente la realización de biopsia con el fin de poder catalogar el tipo de ictiosis.

86

ARTRITIS SÉPTICA NEONATAL SECUNDARIA A VACUNACIÓN INTRAMUSCULAR

C.E. Fernández Marín, A. Abril Molina, C. Cuevas Espejo,
M.J. Miras Baldo, E. Narbona López
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción. La artritis séptica es poco frecuente en el período neonatal. La vía de invasión articular más común es la hematógena, siendo raros los casos de inoculación directa del microorganismo por aguja de punción intramuscular. Se describe el caso de un recién nacido que presenta cuadro de artritis séptica de rodilla tras primovacunación VHB en región media de cuádriceps homolateral.

Caso clínico. Recién nacido de 24 días de vida que presenta cuadro progresivo de impotencia funcional y dolor en rodilla izquierda desde el quinto día de vida que se acompaña de signos inflamatorios locales en las últimas 24 horas sin repercusión sistémica ni en otras articulaciones. Ecografía articular con aumento de partes blandas prerrotulianas extendiéndose hasta un tercio medio de diáfisis femoral. RMN compatible con estos hallazgos. Artrocentesis en la que se obtiene líquido sinovial con disminución de glucosa y abundantes polimorfos nucleares. Se pauta inmovilización y antibioterapia intravenosa evolucionando favorablemente.

Conclusión. A pesar de la ausencia de manifestaciones sistémicas y de antecedentes obstétricos infecciosos, en un cuadro de dolor e impotencia articular en un recién nacido se debe sospechar una artritis séptica e indagar sobre la causa buscando puntos de inoculación directa como vacunación u obtención de sangre capilar.

87

DISPLASIA CRANEOFRONTAL EN UN NIÑO DEL SUR DE ESPAÑA

J. Rodríguez Carrasco, C.E. Fernández Marín, A. Naranjo Gómez,
A. González Carretero, E. Narbona López, M.J. Miras Baldo
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción. La displasia craneofrontonasal es una entidad dismorfológica congénita poco frecuente caracterizada clínicamente por hipertelorismo, raíz nasal ancha, craneosinóstosis coronal y braquicefalia, unidos a un gran espectro de anomalías asociadas, craneofaciales y del resto del organismo. Se ha descrito asociación de este síndrome con la agenesia o hipoplasia del cuerpo caloso, si bien esta malformación no se encuentra entre las más frecuentes. Su mecanismo de transmisión parece ser de herencia dominante ligado al cromosoma X, responsable de la típica afectación predominante de mujeres.

Caso clínico. A.M.D es una recién nacida mujer, fruto de un embarazo controlado y normoevolutivo. Como único antecedente obstétrico de interés figuran dos abortos previos en el primer trimestre de gestación. La madre y el padre presentan fenotipo y cariotipo normales. Nace a las 41 semanas de edad gestacional, con Apgar 10/10 y somatometría acorde a su edad gestacional, salvo un perímetro cefálico inferior al percentil 10. A la exploración destaca una fontanela desplazada a la izquierda, suturas acabalgadas, marcada asimetría facial, con prominencia hemifrontal izquierda, hipertelorismo, ptosis palpebral izquierda, asimetría en la altura de los globos oculares, raíz nasal ancha, pabellones auriculares dismórficos y de implantación baja, cuello corto, pliegue nucal, cordón umbilical de implantación baja y sindactilia del segundo y tercer dedos del pie derecho. En la exploración neurológica presenta hipotonía de cintura escapular. Resto de

la exploración física y neurológica compatible con la normalidad. En cuanto a las pruebas de imagen, la resonancia magnética nuclear muestra una hipoplasia de cuerpo caloso y vermis cerebeloso. La TAC craneal en 3D demuestra una craneosinostosis coronal unilateral derecha, con sutura metópica abierta y desplazada a la derecha y una megacisterna magna. El resto de las pruebas complementarias resultaron normales, con cariotipo pendiente de resultado.

Discusión. La displasia craneofrontonasal constituye un cuadro morfológico raro caracterizado por una serie de anomalías clínicas bien definidas, que afecta con más frecuencia a mujeres y descrito por primera vez por Cohen en 1979. Las anomalías craneofaciales son el punto de encuentro de dos entidades bien definidas: la displasia frontonasal y las craneosinostosis. La importancia del caso radica en su escasa frecuencia de aparición, en la necesidad de descartar otras anomalías asociadas más allá de las puramente estéticas y en sus posibles consecuencias sobre el desarrollo cognitivo del niño. De especial relevancia resulta una asistencia temprana por especialistas en neurocirugía para la corrección precoz de las anomalías craneofaciales, la cual será determinante del pronóstico estético del paciente.

88

EFFECTIVIDAD DE UNA POMADA REPARADORA DE LA EPIDERMIS GLÚTEA EN BEBÉS

A. Zambrano, B. Rais¹, J.M. Reig², C. Trullàs²

Hospital del Niño Jesús, Madrid. ¹Institut d'Expertise Clinique Espagne, S.A. Barcelona. ²ISDIN. Barcelona.

Objetivo. Valorar la efectividad de una pomada reparadora de la epidermis glútea en 19 niños de entre 5 y 31 meses de edad con dermatitis del pañal o con tendencia a presentarla.

Material y métodos. Todos los sujetos se aplicaron la pomada según las condiciones normales de uso 2 veces/día durante 3 semanas. Se valoró la efectividad mediante la evolución de signos clínicos en la zona de los glúteos antes y después de la aplicación.

Resultados. Al inicio 16 casos presentaban signos de dermatitis (eritema n=15 y/o otros signos n=7) y los otros 3 casos no tenían signos evidentes de dermatitis. Tras 3 semanas de aplicación, en el 94% de casos (15/16) habían mejorado e incluso desaparecido los signos de dermatitis ($p<0,01$) y en los 3 casos que iniciaron el estudio sin signos de dermatitis (16%) se consiguió evitar su aparición. La proporción de niños con signos clínicos pasó de un 84% al inicio del estudio a un 47% al final ($p<0,05$). Ningún caso presentó signos clínicos de intolerancia cutánea al producto.

Conclusiones. La pomada pañal estudiada ha mostrado una gran efectividad para conseguir la mejoría o desaparición total de la dermatitis y en la prevención de aparición de eritema.

PEDIATRÍA SOCIAL

89

DEMANDA DE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

D. Pascual-Vaca, V. Carranza, M.J. Rodríguez, J. Flores, D. Donado, M.J. Peral, J. González-Hachero

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La población inmigrante constituye actualmente un sector de la sociedad en aumento, por lo que sus necesidades en distintos ámbitos (sanitario, social, educativo, etc.) están sufriendo un incremento significativo.

Material y método. Revisión de los pacientes de nacionalidad extranjera que acudieron a la sección de urgencias del servicio de Pediatría del

HUV Macarena de Sevilla en los meses de febrero y marzo del 2006 recogiendo datos de nacionalidad, edad del paciente, diagnóstico principal así como diferenciación entre fin de semana y días entre semana.

Resultados. De los 5.335 pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencia en estos dos meses 276 fueron de nacionalidad extranjera, lo que supone un 5,17% del total, siendo un 4,5% entre semana y un 6% en fin de semana. Con respecto a la nacionalidad de procedencia fueron por orden de frecuencia: Ecuador (21,2%), Marruecos (17,8%), Bolivia (9,9%), China (8,9%), Rumania (7,8%). La edad de los pacientes fue: < 1 año 28%; >1 y <4 años: 37,5%; > 4 y < 7 años: 16,1%; > 7 y < 10 años: 9,1% y > 10 años: 9,1%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome febril sin foco (17,3%), gastroenteritis aguda (8,6%), traumatismos(8,9%), infección de vías respiratorias superiores (8%), dermatosis (6,4%), faringoamigdalitis aguda (6%), bronquitis (5,4%), otitis (5,4%), miscelánea (patología oftalmológica, odontológica, errores de técnica alimentaria, etc.) (34%).

Resultados.

1. La población inmigrante supuso un 5,17% del total de las urgencias pediátricas en el período de tiempo estudiado.
2. La nacionalidad mas frecuente fue Ecuador seguida de Marruecos.
3. La edad más frecuente fue > 1 año y < 4 años.
4. El diagnóstico más frecuente fue el de síndrome febril.
5. En fin de semana el porcentaje de pacientes que acuden es algo mayor que el de días entre semana.

Conclusiones. Actualmente la población inmigrante constituye un elemento importante en la asistencia pediátrica tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria. Su incremento en la demanda de la asistencia así como otros aspectos tendrán que ser revisados en próximos trabajos.

90

INFLUENCIA DE UN ESTRÉS PSICOLÓGICO MANTENIDO SOBRE LA RITMICIDAD CIRCADIANA DE METABOLITOS DEL TRIPTÓFANO

M.V. Escolano-Margarit, M. Parrilla Roure, B. Sevilla Pérez, C. Tomasini, A. Molina Carballo, J. Uberos Fernández

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. Centro de Salud Cartuja. Granada. Centro de Salud Zaidín.Granada.

Introducción. Se estudia la posible alteración del ritmo circadiano de los metabolitos del triptófano en niños con trastornos del crecimiento de causa no orgánica (RCNO).

Material y métodos. Se estudian dos grupos, el grupo control (GC) compuesto por 20 niños normales y el grupo problema (GP) formado por 20 niños en régimen de acogida en una institución de carácter benéfico social con RCNO. Se determinaron los metabolitos del triptófano por la vía de las kynureninas (cromatografía) y de los metoxi-indoles (RIA) en orina diurna (9.00-21.00 h) y nocturna (21.00-9.00 h). El análisis estadístico de los datos fue realizado con el programa SPSS y se aplicó un test de comparación de medias (t-student).

Resultados. En el GP se observa una cantidad significativamente mayor de ácido kynurénico y xanturénico durante la noche (112,71 +/- 19,66 y 149,47 +/-54,34 respectivamente) que durante el día (17,95 +/- 6,56 y 17,44 +/- 6,66 respectivamente) ($p<0,001$), siendo esta situación inversa en el grupo control con una producción significativamente mayor de estos durante el día (14,88 +/-5,35 y 45,44 +/-5,52 respectivamente) que durante la noche (11,76 +/-2,51 y 9,75 +/-2,29 respectivamente) ($p<0,01$ y $p<0,001$ respectivamente). En lo referente a los metoxi-indoles no se observa diferencia estadísticamente significativa entre la producción de melatonina nocturna (GC: 40,32 +/- 5,41 y GP: 23,32 +/- 6,43) y diurna (GC: 33,19 +/- 5,62 y GP: 24,04 +/- 4,20) en ninguno de los grupos.

Conclusiones. A diferencia del niño normal, el paciente con RCNO muestra una modificación circadiana que afecta a las vías metabólicas de metabolización del triptófano.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOMATOMÉTRICAS DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN UN CENTRO DE MENORES EN EL PERÍODO 2003-2006

F.J. Garrido Torrecillas, M. Rivera Cuello, A.F. Medina Claros,
R. Fernández Pascual

Centro de Salud Cenés de la Vega, Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Jaén.

Objetivos. Analizar las características somatométricas de los niños ingresados en un centro de protección de menores y establecer si existen diferencias con respecto a la población.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los niños ingresados en el período 2003-mayo 2006 en un centro de protección de menores de Granada. Para calcular los percentiles de peso, talla y perímetro craneal se utilizan las tablas de la Fundación Orbegozo.

Resultados. Se analizan 206 menores, 109 (52,4%) son menores de 4 años, 55 (26,7%) son menores de un año y 20 (9,7%) menores de un mes. Distribución por sexo: 51% mujeres, 49% hombres. Respecto al peso el 59,8% se sitúan por debajo del p50 y el 9,8% menor del p3. En referencia a la talla el 57,4% está por debajo del p50 y el 5,4% menor del p3. En el perímetro craneal (sólo menores de dos años) el 69,9% se encuentran por debajo del p50 y el 16,4% menor del p3.

Conclusiones. Se evidencia que los niños ingresados presentan valores somatométricos inferiores a la población. Es necesario un estudio evolutivo de estos niños para comprobar si una vez que ingresan en el centro la evolución de los percentiles tiende a la normalización.

ADOPCIONES INTERNACIONALES, ¿SON SIEMPRE FIABLES LOS INFORMES MÉDICOS DEL PAÍS DE PROCEDENCIA?

M.M. Sanchidrián González, S. Macías García, M.D.R. Sanchidrián González,
M.L. González Fernández, N. Do Campo Pérez, D. Pacios
Centro de Salud Flores del Sil. Ponferrada, León.

Introducción. Niña india que permanece en orfanato hasta su adopción a los 26 meses. De su estancia en la india aporta informe con serología frente a VIH y sífilis negativo donde notifican que recibió tratamiento anti-tuberculoso sin especificar con qué fármacos ni cuánto tiempo. Aporta informe vacunal con dosis frente a BCG, DTP (x3), polio (x5), VHB (x1).

Caso clínico. Niña de raza india adoptada. Asintomática. Exploración por aparatos normal. Exploraciones complementarias: PPD (72 horas) 0 mm. Serología VIH negativa, VHB (Ag VHBs: negativo. Ac VHBc: negativo. Ac VHBs: 23,30). Serología VHC negativa. Serología VHA: Ac IgG+IgM VHA: positivo. Ac IgM VHA: negativo. Serología RPR sífilis negativo. Serología vacunal: IgG virus rubéola: negativo. IgG virus sarampión: positivo. IgG virus parotiditis: negativo. Anticuerpos poliovirus 1: positivo, título 1/256. Anticuerpos poliovirus 2: positivo, título 1/64. Anticuerpos poliovirus 3: menor 1/2. IgG difteria: negativo. IgG tétanos: negativo. Parásitos en heces y en sangre con gota gruesa negativos. Tratamiento: revacunación completa de todo. Repetir mantoux y serología VHC y VIH.

Conclusiones. En adopciones internacionales, a pesar de los informes médicos de los países de procedencia, realizar protocolo de bienvenida con las pruebas de cribado de laboratorio recomendadas por el país de acogida.