

COMUNICACIONES ORALES

Sesión 1^a**GASTROENTERITIS AGUDA POR ROTAVIRUS EN POBLACIÓN INFANTIL ATENDIDA EN EL SUP JAIME CHAVES**

M^ªE Fraga Hernández¹, M^ªN García Hernández², S González-Casanova González³, P Matute⁴, J Morales González², Sonia Peirona Cotela³

¹Pediatra. SUP Dr. Jaime Chaves. ²Enfermera. SUP Dr. Jaime Chaves. ³Medico Especialista en Salud Pública. Gerencia Atención Primaria Tenerife. ⁴Epidemióloga. Dirección General de Salud Pública. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La gastroenteritis por rotavirus es una de las causas más frecuentes de las diarreas de invierno, supone según la literatura un 28-52% de las gastroenteritis de cualquier etiología, afecta más severamente a niños menores de 5 años, particularmente a los menores de 2 años.

Objetivos: Conocer las características clínicas de los cuadros de GEA por rotavirus y los serotipos circulantes.

Material y métodos: En este estudio se analizaron 108 muestras fecales procedentes de niños que presentaban cuadro diarreico, en los meses de Dic 07 a Feb 08, con la finalidad de determinar la presencia de rotavirus humano en las mismas mediante RT-PCR-Nested-Multiplex. Para ello, se emplearon cebadores específicos tanto de género como de serotipo. Los productos de PCR obtenidos fueron purificados y secuenciados. Las secuencias obtenidas fueron alineadas con el programa informático MEGA 4.0 y analizadas empleando el BLASTA. Para la valoración clínica hemos utilizado la escala de Vesikari.

Resultados: De las 108 muestras analizadas, el 33.3% fueron positivas por esta técnica para rotavirus humano (36 pacientes). En las muestras positivas a rotavirus: el 61% corresponden a niños y el 38.9% a niñas, el 77% fueron menores de 2 años, el 66.7% acude a guardería. Sólo el 5.9% (2 casos) estaban vacunados frente al rotavirus. Precisarón derivación el 5.6% (2 casos) y el resto fueron altas a domicilio. El 79.4% era el primer caso de la familia y el 75% estaban en el primer día de evolución del cuadro. Los cuadros clínicos (Vesikari), fueron leves en un 33%, moderados en un 55.5% y graves en un 11%. Se han establecido los diferentes serotipos circulantes.

Conclusiones: La especial idiosincrasia del SUP Jaime Chaves como filtro de la urgencia pediátrica permite disponer de datos clínicos y epidemiológicos globales y cercanos de lo que supone la GEA por rotavirus en la nuestra población infantil. La clínica de las GEA por rotavirus en nuestro medio es similar a la descrita en la bibliografía consultada. La identificación de los serotipos circulantes ayuda a reflexionar y valorar sobre la pertinencia de la vacunación.

PROCESOS DE GASTROENTERITIS ¿ES EFICAZ LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL CONTEXTO DE LA DEMANDA URGENTE?

M^ªN García Hernández¹, M^ªE Fraga Hernández², S González-Casanova González³, J Morales González¹, C Manzanque Lara¹, José Manuel de la Paz Gutiérrez¹

¹Enfermera, SUP Dr. Jaime Chaves. ²Pediatra, SUP Dr. Jaime Chaves. ³Medico Especialista en Salud Pública. Gerencia Atención Primaria de Tenerife

Introducción: La gastroenteritis infecciosa es causa de importante morbilidad y mortalidad infantil. A pesar de la evidencia de que la combinación de las soluciones de rehidratación oral (SRO), unido a una introducción precoz de la alimentación evita la deshidratación y acorta la duración de la diarrea, el CDC reconoce en recomendaciones del 2003 que el uso de las SRO es todavía insuficiente, a pesar de ser costo efectivo, porque los profesionales se resisten a incorporar tecnologías simples. En nuestro medio, aunque cada vez es de uso más común, aún no se utilizan como tratamiento y recomendación de elección por el 100% de los profesionales del área. Fallamos en explicar su importancia, lo que hace que los padres no lo valoren. Ante la pregunta ¿que le ha recomendado su médico?, los padres contesten «no me mandó nada, sólo suero».

Objetivos: En nuestro estudio pretendíamos conocer si la educación sanitaria en cuadros de gastroenteritis, supone una mejora en el conocimiento en cuidadores de la patología, mecanismo de transmisión y manejo de la misma.

Material y métodos: Estudio observacional. Población diana niños de 0 a 14 años que acuden al SUP por diarrea con/sin vómitos, desde Dic 07 a Feb 08. Conocido el motivo de consulta, la enfermera realiza una encuesta de conocimientos previos al acompañante del niño, posteriormente se le suministra y explica folleto informativo haciendo especial hincapié en el uso de las SRO y en las normas higiénicas, resolviendo las posibles dudas. A los 3 meses se realizó la encuesta telefónica, con preguntas abiertas y cerradas, sobre los conocimientos adquiridos. Los datos del estudio se almacenaron en soporte informático y se procesaron en el programa estadístico SPSS. Se analizaron en tablas de contingencia aplicando la prueba de McNemar y estadísticos de frecuencia.

Resultados: El estudio abarcó 205 niños, la media de edad es de 3 años, el 50% <2a. El 56 % eran niños y el 44 % niñas. La madre es la acompañante del niño en el 80.4%. El 70% acudió directamente a SUP. De ellos, el 53% acudieron en el primer día de inicio de los síntomas. El 69 % tuvo episodios anteriores de diarreas y vómitos, estos niños habían recibido como tratamiento principal dieta (71.5%), y en relación a los líquidos un 42% dice haberle dado sueros. Sin embargo, la valoración que el profesional hace sobre la administración de SRO, dice que no se ha dado de forma correcta en más de la mitad de los casos. Sólo al 24,4% se les había explicado el mecanismo de transmisión. En la encuesta telefónica posterior, se encontraron diferencias significativas (p<0,001) entre las personas que antes no habían recibido educación sanitaria sobre lavado de manos e higiene y que consideran que es la mejor medida para evitar el contagio (29.8% frente 79,8%); también hay diferencias significativas entre las personas que

no sabían que la mayoría de los casos de diarreas se producen por virus (24,6%) y que posteriormente están de acuerdo con este hecho (73%); igualmente hay diferencias significativas entre aquellas que consideran en la actualidad que lo más importante en el tratamiento es el suero y es la mejor medida para evitar la deshidratación (41.5% antes, 87.8% después).

Conclusiones: Hay una diferencia estadísticamente significativa entre los conocimientos previos y posteriores a la visita al Servicio. Todos estos conocimientos, tendrían más calado a nivel práctico si se ven reforzados por las recomendaciones de su Pediatra de EAP y Enfermera de pediatría, además de los Servicios Hospitalarios de referencia.

NOROVIRUS COMO AGENTE CAUSAL DE GASTROENTERITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

R Rial González¹, L Peña Quintana¹, E Colino Gil², J Poch Páez², R Elquaz², D González Santana¹, J C Ramos Varela¹, M Jiménez Toledo¹, P Mendoza Álamo¹, N Rodríguez Calcines¹, A Sánchez-Fauquier⁴

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Microbiología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Unidad de Gastroenteritis Viral. Centro Nacional de Microbiología. Madrid

Objetivos: Describir las características clínicas, evolutivas y etiológica de la gastroenteritis aguda (GEA) infecciosa viral que han precisado ingreso en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico. Se recogieron datos relativos a los casos de pacientes menores de 5 años ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias con el diagnóstico de GEA (tres o más deposiciones líquidas las 24 horas antes al ingreso) desde el 01/05/08. Se excluyeron los pacientes con patología digestiva de base y los que habían estado en contacto con un centro médico la semana anterior al ingreso. Para ello se diseñó un cuestionario de recogida de datos que incluían variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y estudio etiológico (coprocultivo). También se incluyó la escala de gravedad según los criterios de Ruuska y Vesikari en el análisis estadístico.

Resultados: Se recogieron 167 muestras de las que 81 eran mujeres y 86 varones con una media de edad de 16 meses. Las proporciones de los gérmenes aislados fueron las siguientes: norovirus 69 (41'31%), rotavirus 68 (40'71%), astrovirus 13 (7'78%), adenovirus 4 (2'39%), negativos 29 (17'36%). En las muestras en las que se aisló un único germen, el norovirus fue el agente que con más frecuencia se aisló [63 ocasiones (38'35%)] frente a rotavirus, segundo en frecuencia con 54 resultados (33'12%). En 14 casos se aislaron varios virus en la misma muestra, 12 veces 2 agentes y 2 veces 3 agentes. En estos casos, rotavirus fue el agente que más se aisló, estando presente en todas las muestras, seguido de astrovirus (8) y norovirus (6). La triple asociación de gérmenes fue astrovirus-

rotavirus-norovirus. El serotipo de rotavirus más frecuentemente aislado fue el G1P8.

Conclusiones: El norovirus es el agente que con más frecuencia produce gastroenteritis infecciosa de etiología viral en los pacientes ingresados menores de 5 años en nuestro medio, debiéndose incluir su estudio de forma sistemática.

COLITIS EOSINOFÍLICA: UNA FORMA DE INTOLERANCIA A PROTEÍNAS ALIMENTARIAS

MC Ontoria Betancort¹, F Fraga Bilbao¹, R López Almaraz¹, MV Velasco González¹, N González Bravo¹, C Manzano Sanz², H Armas Ramos¹

¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife

Introducción: La Colitis Eosinofílica es una entidad clínica caracterizada por la presencia de rectorragia o diarrea mucosanguinolenta, producida como consecuencia de la ingestión de proteínas alimentarias, generalmente proteínas de leche de vaca. Presenta una serie de hallazgos analíticos, endoscópicos y anatomopatológicos característicos.

Caso clínico 1: Recién nacido de 24 días de vida, alimentado con lactancia mixta desde el nacimiento, que ingresa por rectorragia de 13 días de evolución, con deposiciones de consistencia y frecuencia habituales. Exploración física anodina. Se instaura lactancia artificial con fórmula elemental y se retiran los lácteos de la dieta materna, a pesar de lo cual persisten los restos hemáticos en las heces. 23 días más tarde presenta buena respuesta a la lactancia exclusiva con fórmula artificial elemental.

Caso clínico 2: Lactante mujer de 2 meses y medio, que presenta desde los primeros días de vida emisión de sangre roja fresca en las heces, sin otras alteraciones en las mismas. Lactancia materna desde el nacimiento, con tomas de lactancia artificial en las últimas 2 semanas y de forma ocasional en el periodo neonatal. Exploración física: sin hallazgos patológicos de interés. Asintomática 2 meses después de iniciarse la alimentación con hidrolizado de caseína y retirarse los lácteos de la dieta materna

Caso clínico 3: Lactante varón de 2 meses y 25 días, con antecedentes personales de pulmón húmedo, ictericia y anemia congénita. Desde el día 17 de vida presenta deposiciones con restos hemáticos («hिलillos» de sangre o moco rosado), con aumento de la frecuencia de las mismas al inicio del cuadro. Lactancia mixta desde su nacimiento. Exploración física: palidez cutáneo-mucosa. Colonoscopia y biopsia iniciales, a los 27 días de vida: no concluyentes para colitis eosinofílica. Buena respuesta a la instauración de hidrolizado de caseína.

	Hb (g/dl)	Eosinófilos sangre periférica/mm ³	Microbiología en heces	IgE total (mg/dl)	IgE específica (RAST)
1	9,6	900	Negativo	3,38	Negativo
2	12,1	200	Negativo	2,56	Negativo
3	6,7	1.600	Negativo	< 1	Negativo

Endoscopia: 1) Lesiones hiperémicas en sigma. Mucosa de colon ascendente de aspecto granular. 2) Mucosa hiperémica y friable en sigma, e hiperémica en colon ascendente. 3) Mucosa hiperémica y puntos sangrantes en colon ascendente y sigma.

Biopsia 1), 2 y 3): Infiltrado inflamatorio eosinofílico en mucosa intestinal (>20 células/campo).

Conclusiones: La Colitis Eosinofílica por proteínas de la leche de vaca es una causa de rectorragia a tener en cuenta en lactantes aparentemente sanos, en los que se han descartado otras causas de sangrado. En la mayoría de los casos no está mediada por mecanismo de hipersensibilidad tipo I. Suele haber buena respuesta a la instauración de hidrolizados de proteínas, fórmulas elementales y a la dieta materna exenta de proteínas lácteas vacunas.

BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Y Rodríguez Santana, Y García Santos, S Henríquez Santana, S Rivero Rodríguez, S Molina Marrero, C Siles Quesada, F García-Muñoz Rodrigo

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El Retraso en el Crecimiento Intrauterino agrupa a un conjunto heterogéneo de pacientes con multitud de etiologías y gran variabilidad en el pronóstico. Aunque se trata de un problema universal que lleva asociado un aumento de la morbilidad perinatal y en la primera infancia, no existe todavía unanimidad sobre la definición del mismo. Es importante distinguir los fetos con crecimiento intrauterino restringido de aquellos otros fetos pequeños para su edad gestacional (PEG) que pueden ser, a su vez, constitucionalmente pequeños (PEG normales) o secundarios a patología como infecciones, metabolopatías, etc. (PEG anormales), debido a que el manejo obstétrico y perinatal óptimos podrían ser muy distintos.

Objetivo: Conocer la incidencia de CIR y PEG en nuestro medio y analizar las características y evolución de nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se revisaron los historiales médicos de los pacientes ingresados en nuestra unidad con desarrollo ponderal inferior al percentil 10 de la curva de normalidad, durante el año 2008. Se recogieron de forma sistemática las siguientes variables: EG, PRN, tipo de parto, Apgar 1 y 5', clasificación del RN, motivo de ingreso, peso al alta, días de estancia hospitalaria, diagnóstico principal y destino.

Resultados: Durante el periodo de estudio nacieron en nuestra maternidad 7001 RN, de los que 145 ingresaron con un peso inferior al percentil 10 (20,7%). El tipo de parto fue: cesárea 43,5%, eutócico 40,3% y fórceps 11,8%. La clasificación de los pacientes fue: CIR simétrico 37,5%, CIR asimétrico 25,7%, PEG normal 29,9% y PEG anormal 4,9%. La moda

para la edad gestacional fue de 37 semanas. El motivo de ingreso más frecuente fue el de retraso del crecimiento intrauterino (23,6%), seguido de prematuridad con un 18,8%. La media de días de estancia hospitalaria fue de 17,87 días. El 94,5% de los pacientes fue dado de alta a domicilio. Sólo falleció un paciente (0,7%) por prematuridad extrema.

Conclusiones: En nuestro medio el mayor porcentaje de recién nacidos con desarrollo ponderal < p10 corresponde a los CIR simétricos. Una adecuada clasificación de los recién nacidos es importante para el anticipar los problemas y optimizar los recursos diagnósticos y terapéuticos en este grupo de pacientes.

¿QUÉ INFLUYE EN LAS MADRES EN LA DECISIÓN DE LACTAR?

D González Barrios, M Afonso Coderch, R Pérez Hernández, R Castro Conde, FE Fraga Bilbao, A Méndez Pérez

Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La lactancia materna (LM) es beneficiosa por múltiples aspectos. Su éxito podría verse influido por factores sociales y de aprendizaje. Nuestro objetivo fue evaluar dichos factores en el grado de adherencia a la lactancia materna.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo; se recogieron los datos tras el parto, mediante encuesta, del tipo de lactancia en los recién nacidos ingresados en la unidad de nidos en nuestro hospital durante el año 2008. Se analizaron las siguientes variables: primípara, trabajadoras, educación recibida, problemas con LM, grado de satisfacción y tipo de lactancia al alta médica. Se compararon las variables categóricas con la chi-cuadrado de Pearson. Un valor de $P < 0,05$ se consideró significativo, usándose el paquete estadístico SPSS v.15.

Resultados: Se obtuvieron datos de un total de 2052 madres, 58,4% (n=1197) primíparas. Tipos de parto: cesárea (23,2%), parto por fórceps (12,6%) y parto eutócico (73,8%). Trabajadoras 1310 (64%). Recibieron educación de una o varias fuentes (87,9%): consultas externas, atención primaria, paritorio, planta de obstetricia y nidos. El 34,4% tuvo problemas con LM. Satisfacción con LM: 76,7%. Tipos de lactancia al alta: LM exclusiva (60,5%), lactancia mixta (36,6%) y lactancia artificial exclusiva (2,9%). La lactancia materna exclusiva es más frecuente en madres múltiparas ($p < 0,001$) ya que las primíparas tuvieron mayor tasa de problemas ($p < 0,001$). El grado de satisfacción y la tasa de LM exclusiva al alta es mayor en las que recibieron educación y en madres trabajadoras ($p < 0,001$), sin embargo no se encontraron diferencias en la presentación de problemas ($p > 0,05$).

Conclusiones: 1) El adecuado seguimiento por el personal sanitario en los primeros días de vida es crucial para mantener una adecuada lactancia materna, especialmente ante recién nacidos primogénitos. 2) El grado de satisfacción se relaciona de forma directa con la lactancia materna exclusiva y posiblemente con su mantenimiento en el tiempo, lo que será objeto de un estudio posterior.

DETERMINACIÓN DE CITOCINAS E IgA EN CALOSTRO, LECHE DE TRANSICIÓN Y LECHE MADURA

A Ortiz-Andrellucchi¹, L Peña-Quintana², M Villanueva Cabrera², C Rodríguez-Gallego³, JM Cobo⁴, L Serra-Majem¹

¹Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. ³Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Danone S.A.

Antecedentes y objetivos: El efecto protector de la leche materna es atribuido a la presencia de complejos factores que tienen funciones antiinfecciosas, antiinflamatorias e inmunorreguladoras, incluyendo anticuerpos secretores, oligosacáridos, lactoferrina, leucocitos, citocinas y otros agentes. El objetivo de este estudio fue analizar la concentración de los componentes inmunonutricionales en muestras de calostro, leche de transición y leche madura durante las primeras 6 semanas de lactancia.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que participaron 104 mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Se obtuvieron 104 muestras de calostro, 99 de leche transición y 91 de leche madura. Se analizaron las concentraciones de TGF-21, TGF-22, IL-12, IL-6, IL-8, IL-12 e IgA. Las concentraciones de citocinas en la fase acuosa de leche materna fueron determinadas usando una técnica moderna como es la citometría CBA (Cytometric Bead Array). Las modificaciones en las concentraciones de citocinas y de IgA a lo largo del tiempo fueron analizadas usando el test de Friedman.

Resultado: La edad media de las mujeres del estudio fue 29 ± 4.4 años (media \pm DS), siendo la media de semanas de gestación de 40 ± 1.3 semanas. Se observan diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en las concentraciones de citocinas e IgA en las muestras de leche materna analizadas. Concentraciones de TGF-21, TGF-22, IL-8 e IgA fueron detectadas en todas las muestras. No se observó asociación entre la concentración de citocinas e IgA en calostro, leche de transición y leche madura y la edad, el hábito tabáquico, el riesgo de aborto, las semanas de gestación, el lugar de residencia y el número de hijos.

Conclusiones: Es muy importante el efecto protector que ejerce la leche materna sobre el sistema inmune inmaduro del recién nacido. Por ello es importante aconsejar a aquellas madres que no deseen dar pecho, que por lo menos alimenten a los niños con calostro durante sus primeros días de vida.

ENFERMEDAD DE CROHN: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

VE García Rodríguez, D González Barrios, A González de Eusebio, M Casariego Toledo, E Valerio Hernández, H Armas Ramos

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio transmural que puede afectar a cualquier segmento

del tracto gastrointestinal. Puede tener manifestaciones extradiigestivas. En la edad pediátrica el pico de incidencia es entre los 10 y los 14 años. El debut es habitualmente insidioso. Hemos estudiado la forma de presentación de nuestros pacientes en los últimos 10 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron los datos de las historias clínicas (n=11) de los niños menores de 15 años que debutaron con enfermedad de Crohn entre 1999 y 2009. Se analizaron las siguientes variables al diagnóstico: edad, presencia de dolor abdominal, número de deposiciones al día, sangre en heces, estado general, pérdida de peso, exploración abdominal, afectación perirrectal manifestaciones extradiigestivas, valores analíticos (hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, PCR, VSG, ferritina y orosomucoide), localización del tracto gastrointestinal afecto y tratamiento.

Resultados: La edad media de presentación fue de 11,4 años (8-14). El dolor abdominal fue un síntoma constante al debut (100%). Las deposiciones líquidas se presentaron en el 91,1% de los casos (n=10); en dos casos se acompañaban de sangre macroscópica (18,2%). Ocho presentaron un regular estado general (72,7%). Un 72,7% (n=8) presentaron pérdida ponderal, siendo >10% en cinco de ellos (27,3%). Encontramos enfermedad perirrectal en el 18,2% (n=2), y afectación extradiigestiva en igual porcentaje (artritis). El segmento gastrointestinal más frecuentemente afectado, mediante el test de leucocitos marcados con Tc-99m, fue el intestino delgado (72.8%). Laboratorio:

Valores analíticos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
VSG	7	150	58,36	38,79
Hematocrito	28,6	38	33,60	3,12
Hemoglobina	9,4	13,00	11,23	1,19
Leucocitos	3700	24400	19390,91	5818,84
Plaquetas	283000	71200	471272,7	134421,0
PCR	19	124,00	74,38	34,70
Ferritina	8,00	186,00	61,36	54,86
Orosomucoide	107,00	332,00	212,89	85,91

Estudiamos la calprotectina en varios pacientes, siendo en todos los casos >100 mcg/g. El 90,9% (n=9) recibieron corticoterapia al debut; acompañado de aminosalicilatos en el 54,6% (n=6). En su evolución recibieron anti TNF-alfa el 18,2% (n=2); el 45,5% (n=5) inmunosupresores y requirieron cirugía el 45,5% (n=5).

Conclusiones: 1) El debut de la Enfermedad de Crohn puede presentarse con sintomatología digestiva inespecífica. 2) La anemia ferropénica refractaria al tratamiento puede ser el primer signo de esta entidad. 3) El test de leucocitos marcados (Tc-99m) es de gran utilidad para el diagnóstico. 4) La terapia con anti-TNF (influximab) en pacientes de difícil control, presenta magníficos resultados, evitando en ocasiones la cirugía.

TRASTORNOS DE LA β -OXIDACIÓN DE LOS ÁCIDOS GRASOS EN NUESTRO MEDIO

L Peña Quintana¹, D González Santana¹, MR García Luzzardo¹, R Rial González¹, J C Ramos Varela¹, I Sebastián García¹, N Rodríguez Calcines¹, B Merinero²

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ²Departamento de Biología Molecular. Universidad Autónoma. Madrid

Los errores innatos del metabolismo de la β -oxidación de los ácidos grasos (EOAG) son un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas cuya característica común es la hipoglucemia hipocetósica en ayunas.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con los EOAG controlados en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Se estudian 7 pacientes (5 hombres/2 mujeres; 2 días-2 años al diagnóstico): 4 déficit de 3-hidroxiacil-coenzima A deshidrogenasa de cadena larga -LCHAD-, 1 déficit de proteína trifuncional -MTP-, 1 déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena corta -SCAD-, 1 déficit de carnitina palmitoil transferasa II -CPTII-. Fueron diagnosticados por la clínica, estudios metabólicos, enzimáticos (cultivo de fibroblastos) (n=6) y genético (n=6). Todos han seguido tratamiento dietético con restricción grasa (10% LCT, salvo en SCAD), aporte de MCT (no en SCAD) (MCT+LCT=20-30% energía total), evitando el ayuno, carnitina si niveles disminuidos y suplemento polivitamínico, monitorizándose regularmente las acilcarnitinas, los ácidos grasos esenciales y las vitaminas liposolubles plasmáticas.

Resultados: Los LCHAD fueron diagnosticados a los 4, 5, 6 y 11 meses de edad, por crisis de hipoglucemia en ayuno, vómitos sin cetonuria asociadas a infección o ayuno, malnutrición, hiperamonemia, elevación de lactato, acidosis metabólica, esteatosis macrovesicular, hipotonía y miocardiopatía dilatada con derrame pericárdico (n=2). El estudio metabólico detectó excreción aumentada de ácidos dicarboxílicos de cadena media y de ácidos 3-hidroxicarboxílicos de cadena larga, elevación específica de acilcarnitinas e hipocarnitinemia. El estudio enzimático constató el déficit enzimático y el estudio genético la mutación G1528C en homocigosis (n=4). Todos presentaron evolutivamente retinopatía pigmentaria con electroretinograma y potenciales evocados visuales normales, con niveles de DHA normales. Un paciente falleció a los 9 meses de edad por miocardiopatía y los 3 restantes (20, 10, 8 años de edad) viven en la actualidad, tras superar 2 de ellos varias crisis miocárdicas (en 1 se asocia moderada afectación muscular).

El paciente con MTP falleció en el período neonatal con grave hipoglucemia, acidosis, miocardiopatía dilatada y fallo cardíaco.

El paciente con SCAD falleció a los 3 años de edad, con grave repercusión neurológica (hipotonía, atrofia muscular, fallo de medro, retraso psicomotor, sin hipoglucemia hipocetósica) a pesar de tratamiento precoz.

El paciente con CPTII falleció a los 2 años de edad, a su diagnóstico, con malnutrición, hipoglucemia en ayuno, hepatopatía y miocardiopatía dilatada con fallo cardíaco.

Conclusiones: La evolución de los pacientes con EOAG es dispar, habiendo mejorado su pronóstico en los pacientes con LCHAD al conocerse mejor su fisiopatología e instaurar un tratamiento dietético correcto.

HEPATITIS AUTOINMUNE, NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS

M González Cruz, C Ontoria, A. Cobo Costa, H Armas

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria crónica con destrucción progresiva del hígado produciendo necrosis, fibrosis y cirrosis. Predomina en el sexo femenino. La existencia de otras enfermedades autoinmunes es un hecho frecuente en esta patología. Desde el punto de vista pediátrico tiene mas importancia la HA tipo II (Ac LKM+), ya que esta forma se presenta en niños de menor edad y con mayor frecuencia puede evolucionar con una enfermedad más agresiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (hasta marzo 2009), de pacientes diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 10 años. El diagnóstico de HAI fue establecido según las normas del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmunes. Las variables analizadas son: edad, sexo, forma de presentación, función hepática, inmunoglobulinas, autoinmunidad, histología, necesidad de trasplante y evolución clínica. Según la positividad se clasifican en tipo I (ANA y ASMA) y tipo II (LKM-1).

Resultados: Se diagnostica a 8 pacientes, de las cuales son todas mujeres (100 %), tipo I 4 pacientes (50%), y tipo II 4 pacientes (50%). La edad al diagnóstico oscila entre el año y medio y 12 años, siendo la media de 7 años y medio. En el tipo I la presentación clínica es como hepatitis aguda en 1 caso y 3 pacientes con hipertransaminasemia asintomática. En el tipo II se presentaron 3 casos como hepatitis aguda y una como hipertransaminasemia asintomática. La elevación de transaminasas (X 20 su valor) se observa en el 25% e hipergammaglobulinemia en el 62,5%. El tratamiento instaurado con azatioprina y corticosteroides con tiempo medio de remisión de 18 meses. Tres pacientes recaen al retirar tratamiento con corticosteroides. Una paciente, afecta de hepatitis C crónica de transmisión vertical, tratada previamente con PEG-Intrón alfa 2b, presenta fallo hepático agudo, encefalopatía grado III, y precisa trasplante hepático urgente.

Conclusiones: La hepatitis autoinmune en niños tiene un amplio espectro clínico en el que los síntomas iniciales varían de una forma grave de enfermedad progresiva hepática a elevación asintomática de las transaminasas requiriendo terapias más o menos agresivas.

Prácticamente el 100% de las HAI tipo 2 precisan tratamiento de mantenimiento de por vida. Según la evolución se intentará reducir la medicación a la dosis mínima eficaz.

La evolución (sobre todo la tipo 2) se caracteriza por su rápida progresión a cirrosis hepática o fracaso hepático, a menos que se instaure tratamiento inmunosupresor. El trasplante hepático está indicado si fracasa la medicación inmunosupresora o

presenta efectos secundarios importantes.

Hay un grupo de pacientes que presenta todas las características clínicas, bioquímicas e histológicas indistinguibles de la HAI, excepto por la ausencia de autoanticuerpos en suero. Estos pacientes además responden bien al tratamiento con corticoides, se clasifican como HAI autoanticuerpos negativos, es probable que en un futuro puedan conformar un grupo más definido.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión 2ª

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA

O Mesa Medina, S Romero Ramírez, S López Mendoza, Z Coello Torres, M Rivero Falero

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La mortalidad neonatal es de los indicadores sanitarios más importantes, y valora la calidad de la atención prestada a la embarazada y al recién nacido (RN).

Objetivo: Analizar las tasas de mortalidad neonatal del HUNSC en los últimos 6 años, así como los factores de riesgo.

Material y métodos: Se hizo un estudio retrospectivo desde enero de 2002 hasta diciembre de 2007. Se recogieron los datos relativos a los nacimientos, interrupciones voluntarias del embarazo, muertes fetales y defectos congénitos. El número de éxitos fue 128, excluyéndose < 500 gramos, fallecidos en el periodo postneonatal y nacidos en otros centros.

Resultados: El total de éxitos fue 88 (52 varones, 36 mujeres). La edad materna media fue 31,1 años (rango 18-40), y la edad gestacional media 30⁺⁴ semanas (rango 23⁺⁵-41) con un 67% menores de 32 semanas y un 62% menores de 1500 gramos. El tipo de parto más frecuente fue la cesárea (54,6%, 67% de éstas urgentes). El 80% de RN precisaron reanimación en la sala de partos, siendo el APGAR a los 5 minutos ≤ 3 en el 10% de los pacientes. 24,3% asociaban malformaciones, y 20,5% eran gestaciones múltiples. La causa principal de éxitos más frecuente fue la sepsis. La tasa de mortalidad neonatal en el periodo estudiado fue 3,74% (inmediata 0,42%, precoz 1,96%), observando un aumento estadísticamente significativo en los años 2006-2007 frente al 2005. En estos últimos dos años se constató un incremento de los RN con malformaciones con respecto al 2005, y de gestaciones múltiples con respecto a los años anteriores. No encontramos diferencias en la edad materna, peso al nacimiento y edad gestacional.

Conclusiones: El análisis estadístico de la mortalidad neonatal permite identificar factores asociados con el fin de mejorar la calidad asistencial. Tras analizar los factores de riesgo concluimos que el aumento en 2006-2007 puede ser debido al incremento de las gestaciones múltiples y las malformaciones congénitas, y a la disminución de la mortalidad postneonatal.

HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE NEONATAL. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Y García Santos, S Henríquez Santana, S Rivero Rodríguez, S Molina Marrero, Y Rodríguez Santana, C Siles Quesada, F García-Muñoz Rodrigo

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido es una entidad clínica poco frecuente pero potencialmente grave. Se caracteriza por una transición anormal de la circulación fetal a la neonatal con una persistencia y una resistencia vascular pulmonar elevadas lo que determina que se mantengan los shunts a nivel del ductus y del foramen oval con flujo pulmonar muy bajo y, eventualmente hipoxemia severa y mantenida en el RN. El pronóstico depende de la causa subyacente y del momento en que se realiza el diagnóstico. A pesar de los avances médicos en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento continúa siendo una patología grave y compleja en su manejo.

Objetivo: Conocer la incidencia e HTP en nuestro medio y analizar las características y evolución de nuestros pacientes, comparándolos con los datos obtenidos de la literatura actual.

Pacientes y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva todos los historiales médicos de los pacientes ingresados por HTP en nuestra Unidad durante los tres últimos años (2006-2008). Se recogieron de forma sistemática sus antecedentes familiares y personales, características clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados: Durante el periodo de estudio nacieron en nuestra maternidad un total de 21.661 RN, de los que ingresaron con el diagnóstico de Hipertensión Pulmonar Neonatal 30 (1,38% de los RNV), siendo 22 varones (73,3%) y 8 Mujeres (26,6%). El tipo de parto fue: Cesárea 43,3%, Fórceps 3,3% y Eutócico 53,3%. La mayoría de los RN eran a Término (70%) y el motivo de ingreso más frecuente fue el Distrés Respiratorio (50%). Veintidos pacientes (73,3%) precisaron algún tipo de soporte respiratorio además de oxigenoterapia (4 CPAP y 18 VM invasiva). Siete pacientes precisaron Oxido Nítrico inhalado. Sólo fallecieron dos pacientes (6,6%), que presentaban rasgos dismórficos u otras malformaciones.

Conclusiones: La incidencia de HTPPRN en nuestro medio y la mortalidad son similares a las referidas para otros centros en la literatura disponible en el momento actual. La asociación de malformaciones congénitas u otros trastornos genéticos ensombrecen el pronóstico.

INFECCIÓN PRECOZ POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B EN NUESTRO MEDIO: EVOLUCIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS

S Molina Marrero, Y Rodríguez Santana, Y García Santos, S Henríquez Santana, S Rivero Rodríguez, R Elcuaz Romano², A Bordes Benítez², Y Schamann Pérez³, C Santana Reyes¹, L Valle Morales³, F García-Muñoz Rodrigo¹

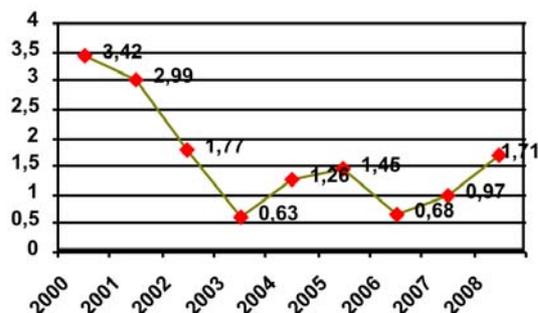
Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La sepsis precoz por *S. agalactiae* (EGB) es una causa importante de morbimortalidad en el periodo neonatal, siendo el estado de colonización materno el principal factor de riesgo para su desarrollo. La introducción de medidas preventivas de la transmisión vertical ha supuesto una importante reducción en la incidencia de esta patología en el recién nacido.

Objetivos: Determinar la incidencia de Sepsis Precoz por EGB en nuestro medio y su evolución durante los últimos nueve años, así como su relación con la implantación de un programa de detección universal de madres portadoras y las medidas profilácticas adoptadas.

Pacientes y métodos: Se revisaron de forma sistemática todas las historias de los RN diagnosticados de Sepsis Precoz por EGB, ingresados en nuestra unidad durante el periodo de estudio. Así mismo, se examinaron las historias de las madres para determinar su estado de portadora, así como la aplicación correcta o no de la Profilaxis Antibiótica Intraparto.

Resultados: La evolución de la incidencia de sepsis precoz por EGB por 1000 RN vivos en el periodo 2000-2008 se refleja en la siguiente gráfica:



Al inicio del programa se produjo un efecto claro en la reducción de Sepsis Precoces por EGB en el RN. Posteriormente, la incidencia fue muy variable, con un incremento significativo durante los 3 últimos años. Aproximadamente en un tercio de los casos se desconocía el estado de colonización materno, y el porcentaje de fallos en la PAIP fue significativo.

Conclusiones: 1) La puesta en marcha de un programa de detección universal de portadoras y la PAIP fueron muy útiles para reducir incidencia de sepsis precoz por EGB en nuestro medio, inicialmente. 2) La variabilidad posterior puede deberse a la irregularidad en el cumplimiento del programa, tanto en la fase de detección como en la de aplicación de PAIP. 3) Es preciso continuar el seguimiento estrecho y la evaluación del programa para optimizar los resultados.

CANDIDIASIS SISTÉMICA EN LA UCIN DEL HUC: EPIDEMIOLOGÍA Y «NUEVAS RECOMENDACIONES PREVENTIVAS 2009»

PA Fuster Jorge, V Ramos Martín, C Cortabarría Bayona, JC Ormazábal Ramos, A Méndez Pérez, E Doménech Martínez

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción y Justificación: En los últimos veinte años, la incidencia de las infecciones candidiásicas se ha incrementado en las UCIN con los avances en los cuidados de los prematuros, especialmente los más inmaduros de muy bajo y extremo bajo peso, RN<1.500 g y RN<1.000 g, respectivamente. Como resultado, *Candida spp.* ha emergido como un importante y común patógeno nosocomial en esta población. *Candida albicans* se ha convertido en la 3ª causa más común de sepsis neonatal tardía en este grupo; aunque en los últimos años *Candida parapsilosis* predomina ya en muchas de estas unidades. La incidencia de las infecciones por *Candida spp.* es mayor en los RN<1.000 g, como lo demuestran los sistemas de vigilancia de infecciones nosocomiales nacionales de referencia de los EE.UU. NNIS y NHSN. La incidencia publicada de candidiasis sistémica es variable: 2,6%-16,7% en RN<1.500 g y 5,5%-20% en RN<1.000 g. La tasa de mortalidad directa es de alrededor del 30%. La dificultad en el diagnóstico precoz de la infección fúngica invasiva y la persistencia de morbimortalidad significativa, a pesar del uso de potentes antifúngicos, ha llevado a la realización de numerosos esfuerzos de investigación dirigidos a estrategias de prevención, incluyendo la quimioprofilaxis. Las últimas guías de práctica y manejo clínico de candidiasis invasiva neonatal recomiendan la profilaxis con fluconazol en los RN<1.000 g cuando exista una incidencia de candidiasis sistémica >10-15%. IDSA 2009 Guidelines.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de la incidencia de candidiasis sistémica en la UCIN del HUC durante los últimos 7 años (enero 2002-diciembre 2008), para valorar la nueva recomendación de profilaxis con fluconazol en los RN<1000 g. Se revisaron los informes de alta y los registros informáticos Neosoft® y SENI.500 de todos los recién nacidos diagnosticados de candidiasis sistémica; estratificándolos por el peso al nacimiento (PN): >1.500 g, 1500-1.000 g y <1.000g. Se analizaron las variables: año de nacimiento, PN, especie de *Candida* aislada y mortalidad directa.

Resultados: De un total de 19.198 RN vivos nacidos en este periodo (media 2.748/año), el 1.4% eran RN<1.500 g (276) y el 0.6% RN<1.000 g (117). Se diagnosticaron en total 27 candidiasis sistémicas en la UCIN, con una mortalidad global del 25.9%. El 22.2 % ocurrió en RN>1.500 g (6) y el 77.8% en RN<1.500 g (21), con una mortalidad del 16.7% (1) y 28.6 % (6), respectivamente. Sin embargo, en este último grupo, el 66.7% eran RN<1.000 g (14), con una mortalidad del 35.7 % (5). La incidencia anual media en RN<1.500 g fue del 7.5 % y en RN<1.000 g del 11.2%. Aunque si la valoramos por año, hubo una gran variabilidad: 5.5% en el año 2002, 29.4% en el 2003, 16.7% en el 2004, 0% en el 2005, 18.7% en

el 2006, 8% en el 2007 y 0% en el 2008. Se diagnosticaron 8 casos de *C. albicans* (30%), 11 casos de *C. parapsilopsis* + 1 coinfección *C. parapsilopsis* y *C. glabrata* (41% *C. parapsilopsis*), otro caso de *C. glabrata* precoz (7%) y 6 casos de *Candida spp.* (22%).

Discusión y conclusiones: La incidencia de candidiasis sistémica fue alta en RN < 1.000 g en los años 2003, 2004 y 2006, si tenemos en cuenta las nuevas recomendaciones IDSA; aunque dentro de los rangos publicados, salvo en el año 2003. Dado que en el 2008 no tuvimos ningún caso, no se recomienda en este momento la profilaxis con fluconazol. *C. parapsilopsis* es la especie más aislada en nuestra UCIN, lo que se relaciona con una significativa transmisión horizontal potencialmente prevenible. Debemos continuar su vigilancia epidemiológica y extremar las medidas generales de prevención (higiene de manos, uso de guantes, restricción de antibioterapia de amplio espectro, etc.).

CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL RESPECTO A LA SINTOMATOLOGÍA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA MISMA

ME Fraga Hernández, EP Díaz González, N García Hernández, ML Méndez Cabrera, MM Hernández Díaz, J Pérez Cerna

Servicio de Urgencias Pediátricas Jaime Cháves. Santa cruz de Tenerife

Toda la bibliografía revisada indica que en la población subyacen falsas creencias en el uso de los dispositivos de inhalación y los fármacos broncodilatadores en general, que se correlacionan en muchas ocasiones con evolución tórpida y mal control de la sintomatología. Nuestro estudio pretende acercarnos a los conocimientos y creencias de los padres en el manejo de sus hijos afectados de hiperreactividad bronquial.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. De Mayo a Noviembre de 2008, al cuidador que acompañaba al niño, y que cumplía los siguientes criterios: consultar por dificultad respiratoria –precisar aerosolterapia en el SUP– haber tenido otras crisis previas, se le solicitaba la cumplimentación de una encuesta de 17 ítems en la que se abordaban los conocimientos en cuanto a creencias sobre esta patología y su manejo.

Resultados: Se realizan un total de 173 encuestas.

La mayoría de los niños acuden acompañados de la madre (82.08 %). El 43.34 % de los cuidadores opinan que la medicación inhalada puede producir dependencia o adicción (un 20.23 % no lo sabe) y el 17.92 % que puede dañar al corazón (hasta un 43.35 dicen no saberlo). El 53.23 % piensa que es perjudicial aplicar aerosoles a los niños durante mucho tiempo sin hacer referencia al principio activo, aunque un 28.32 % del total cree que depende de la dosis, y un 2.89 % que depende del tipo de inhalador.

Aún un 31.79 % opina que una crisis leve debe ser valorada en un servicio de urgencias, pero el 60.69 % sabe que debe administrar en domicilio la medicación ya pautada por su pediatra en esos casos.

Sólo un 7.51 % cree que tras una crisis de asma hay que suspender los inhaladores cuando cesa la tos (un 53.76 % lo consultaría antes con el pediatra). Un 84% está de acuerdo en que se debe usar cámara si se utiliza aerosol-MDI (el 16 % usa MDI directo en boca) y el 43,35 % en que se debe suspender el ejercicio físico cuando se está con la crisis; no obstante, el 81,5 % cree que este tipo de pacientes puede practicar deportes que impliquen carrera intensa. La gran mayoría (96.53 %) afirma que es perjudicial fumar cerca de un niño asmático y el 79.77% que puede peligrar la vida del niño si la crisis es grave.

El 57,23 % responsabiliza a los resfriados como principales desencadenantes de los broncoespasmos y el 50.29 % está de acuerdo en que se requiere tratamiento de fondo en caso de que los episodios sean frecuentes, pero sólo un 24.23 % cree que se puede evitar la crisis sólo tomando medicamentos de sostén.

Discusión y conclusiones: Los datos ratifican que el soporte del cuidado del niño (al menos en la urgencia) recae sobre la figura materna. La muestra analizada confirma que continúan existiendo falsas creencias sobre el uso de inhaladores, sobre todo en lo que hace referencia a la dependencia (casi el 50 %) y efectos perjudiciales sobre la salud. La información que manejan los cuidadores es en algunos aspectos deficiente, aunque se asume que en episodios frecuentes se debe tener una medicación basal. Es significativo el porcentaje (12.72 %) de cuidadores que piensan que no es necesaria el uso de cámara con dispositivo MDI y un 30% no inicia la medicación de urgencia en domicilio. Continúa siendo necesario un abordaje educativo consensuado desde todos los ámbitos de la atención pediátrica.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BRONQUIOLITIS EN EL HUC: VRS Y OTROS FACTORES DE RIESGO DE GRAVEDAD E INGRESO HOSPITALARIO

P Fuster Jorge¹, V Ramos Martín¹, J Fernández Sarabia¹, A González de Eusebio¹, C Ontoria Betancort¹, MR Montes de Oca Afonso², MB Castro Hernández³

SCS: Servicios de Pediatría¹ y de Microbiología³ del Hospital Universitario de Canarias; SNU Ofra². Tenerife

Introducción y Justificación: El 50-80% de los ingresos hospitalarios por bronquiolitis son atribuidos al VRS, con incidencia epidémica entre septiembre y abril, morbilidad y gravedad significativas. Existe además una potencial relación patogénica con el desarrollo de sibilancias recurrentes y asma. La evidencia científica demuestra que su prevención es posible y efectiva, principalmente las medidas higiénicas y en algunos casos inmunoprofilaxis con Palivizumab (Consenso Español 2008); sin embargo, sus opciones terapéuticas en las guías de práctica clínica son limitadas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de bronquiolitis en el HUC (enero 2007-diciembre 2008), valorando la estacionalidad, factores de riesgo, gravedad, ingresos (Pediatría y UCIP), terapéutica recibida; y su relación con el VRS. Se revisaron los informes de alta de Ur-

gencias Pediátricas y las historias clínicas de todos los ingresos de pacientes con bronquiolitis (con o sin codificación etiológica), según los criterios de McConnochie, eliminando los casos de infección nosocomial, utilizando los registros de la Unidad de Codificación Diagnóstica (CIE-9) y del Servicio de Microbiología. En su estudio etiológico sólo se consideró el VRS (IFD de aspirado nasofaríngeo). El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS v.12.0 (Chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para las continuas).

Resultados: 378 pacientes con bronquiolitis acudieron al servicio de Urgencias de Pediatría: 62.9% varones; edad media 5 meses (mediana 4 meses y rango 7 días-22 meses); 69% leves, 29.4% moderadas y 1.6% graves; alta con asistencia ambulatoria 63.7% (218) e ingresados 36.3% (124), en hospitalización de Pediatría 31.3% (107) y en UCIP 5% (17). De los ingresados, el 100% recibió salbutamol, el 33.6% salbutamol con oxígeno suplementario y 42% adrenalina con oxígeno; en UCIP el 64.7% recibió Heliox, 23.5% ventilación no invasiva y 11.8% ventilación invasiva. La mortalidad fue nula; la estancia media global de 6 días (1-19 días) y en UCIP de 4.5 días (1-9 días). La estacionalidad epidémica fue clara entre septiembre-octubre y marzo-abril (picos en diciembre 2007 y noviembre 2008), predominando significativamente los casos por VRS. Aunque su diagnóstico virológico se realizó sólo en el 39.2% de los pacientes (148), incluyó a todos los ingresos y los pacientes de mayor riesgo (49 prematuros de < 37 semanas), siendo el 74.3% positivos (110). En urgencias el 72.2% tenían factores de riesgo: 12.7% prematuros (21.5% de los ingresados y 64.7% de la UCIP), 53% edad < 10 semanas al comienzo de la estación (83.2% de los ingresados y 94.1% de la UCIP), 29.1% hermanos < 15 años, 10% antecedentes familiares de asma y 7.7% de tabaquismo; 21 (5.5%) recibían Palivizumab y 5 (23.8%) fueron VRS positivo. El 88.7% de los ingresos fueron VRS positivo y en UCIP el 64.7% (todos prematuros). Sin embargo, el VRS no resultó ser un factor significativo para la gravedad ($p = 0.07$) ni la estancia media ($p = 0.145$).

Discusión y Conclusiones: El VRS produce la mayoría de los ingresos por bronquiolitis, predominado significativamente entre septiembre y abril. La frecuencia de bronquiolitis es mayor en los < 6 meses, predominando los ingresos y una mayor

zación. El VRS causa entre un 50 y 70% de las bronquiolitis.

Objetivos: Analizar los datos demográficos, clínica, gravedad, factores de riesgo o comorbilidad previa, pruebas complementarias realizadas y tratamiento administrado tanto en fase prodrómica, aguda y de mantenimiento en los niños diagnosticados de bronquiolitis que acudieron a nuestra Unidad.

Material y métodos: Durante el periodo de 1 Octubre 07 a 31 Marzo de 08 se recogieron 159 casos que acudieron a nuestro Hospital, bien en el momento del diagnóstico o de forma retrospectiva mediante la revisión de informes de alta de pacientes. Este estudio forma parte del grupo investigador «Variabilidad e idoneidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda. Proyecto de investigación UTE-Torrevieja Salud. Beca 0001».

Resultados: El 50,5% de los pacientes eran varones, la edad media era de 3,9 meses. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 5,8 días. Un 16,5% eran prematuros, con edad gestacional media de 32,9 semanas. El 21,5% estaba expuesto a tabaco en domicilio. La mayor demanda hospitalaria se detectó en el mes de Diciembre. Un 50,9% presentaba temperatura al diagnóstico de 37-38°C y un 28,3% más de 38°C, 98,7% tos, 89,2% rinorrea, 32,9% vómitos, 69,4% rechazo de tomas. Sólo un 6,3% había presentado pausas de apnea, un 2,5% aspecto séptico. Tenían antecedentes de atopia el 12% de los pacientes, el 25,9% de las madres, el 17,1% de los padres y el 47,3% de los hermanos.

La media de saturación al diagnóstico fue 96% (rango 90-100) y la peor registrada 92,3% (rango 79-97). El score de Wood-Downes inicial fue de 2,9 DE 1,28 y el peor de 3,2 DE 1,76. De los parámetros que registra esta escala la frecuencia respiratoria fue el de mayor puntuación teniendo una media de 0,87 y moda de 1 en el inicial y media de 1,93, con moda 2 en el momento de mayor gravedad. Existe una correlación baja e inversa entre puntuación score y saturación, pero no resultó significativa.

Los prematuros tenían un score inicial de 2,5 DE 1,2 y los a término 2,1 DE 1,28, no encontramos relación significativa entre gravedad clínica y menor edad gestacional. En cuanto al peor score registrado en los prematuros fue de 4,5 DE 1,71, mientras que en los a término de 3,26 DE 1,26; en este caso si existe relación significativa.

El score inicial en los pacientes expuestos a tabaco fue de 2,16 DE 1,21 versus los no expuestos que presentaban un score de 2,22 DE 1,31, error típico de la media 0,24.

Al 52% de los pacientes se les realizó Rx tórax, los hallazgos más frecuentes fueron los infiltrados (65%) y la hiperinsuflación (36,1%). Al 74,8% se les realizó hemograma, de los cuales presentaban leucocitosis un 10%. Un paciente presentó un hemocultivo positivo a neumococo.

Los fármacos más usados en los pródromos de la enfermedad fueron: 29,7% mucolíticos, 13,5% antitusígenos y 13% corticoides inhalados. En la fase aguda un 43% recibió O₂, 44,3% sueroterapia, 49,4% antitérmicos, 93,7% beta2 inhalados, 27,8% esteroides orales, 25,9% esteroides intravenosos, 96,8% lavados nasales con aspiración de secreciones, 13,9% antibióticos intravenosos, 17,7% bromuro de ipatropio y 7,6% adrenalina inhalada.

MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE BRONQUIOLITIS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

S García Luzardo, Y Rodríguez Santana, N Rodríguez, B Santana Salguero, S Rivero Rodríguez, S Todorcevic

Grupo Investigador «Variabilidad e idoneidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda. Proyecto de investigación UTE-Torrevieja Salud. Beca 0001»

Introducción: La bronquiolitis es una enfermedad frecuente, que afecta a los menores de 24 meses, resultante de la obstrucción inflamatoria de las pequeñas vías aéreas. Se estima que en el periodo epidémico un 15% de las consultas a Urgencias son debidas a esta patología y hasta un 2% precisan hospitali-

Conclusiones:

- El síntoma más frecuente fue la presencia de tos, seguida de rinorrea y rechazo de la alimentación.
- Como se refiere en la literatura y según nuestros datos las escalas clínicas no parecen ser buenos predictores de la gravedad, siendo la FR la que mejor lo hace.
- Los prematuros no difieren significativamente en comparación con los a término en la puntuación de la escala de Wood-Downes inicial, pero sí en la peor.
- No encontramos relación significativa entre la exposición al humo de tabaco en domicilio y la mayor puntuación en la escala de Wood-Downes a pesar de estar descrito en la literatura. Tampoco se encontró relación significativa entre días de ingreso y edad del paciente.
- Pese a que los antitusígenos y mucolíticos no están recomendados en lactantes un casi un 30% de los pacientes los había recibido previamente. El tratamiento más usado en la fase aguda fue el de soporte junto con los beta2 inhalados. Encontramos relación significativa entre la prescripción de corticoides orales y los antecedentes de atopia.

REVISIÓN MENINGITIS VÍRICA EN NUESTRO MEDIO

S Henríquez Santana, S Molina Marrero, B Ruiz Derlinchan, I Triana

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Conocer las características clínicas, analíticas y microbiológicas de los casos de meningitis de etiología viral en nuestro medio.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de meningitis vírica en el servicio de urgencias del HUMIC, en el periodo comprendido entre Junio y Diciembre del 2008. Se aplicó un cuestionario que recoge variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y estudio etiológico. Se excluyen los niños menores de 28 días, por ser diagnosti-

cados en el servicio de neonatología, los que carecen de datos analíticos, del LCR, datos necesarios para incluirlos en el registro y aquellos con diagnóstico de meningitis bacteriana o tuberculosa. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS.

Resultados: De las 30.356 visitas registradas en nuestro Servicio de Urgencias, en ese periodo de tiempo, se recogieron un total de 105 casos de meningitis vírica (0.35%), con un pico de máxima incidencia en el mes de Octubre (30.5%). Del total de pacientes, 64 eran niños (61%) y 41 niñas (39%), con una media de edad que se situó en los 6.5 años. La clínica que con más frecuencia se presentó en nuestros pacientes fueron los vómitos (81%), seguido de cefalea (79%) y fiebre (73%). Con respecto a los valores analíticos en sangre, estimamos una media leucocitaria entorno a 12.000 ul, con un claro predominio de polimorfonucleares y una de proteína C reactiva de 2 mg/dl. En el estudio del LCR se objetivó una pleocitosis con un valor medio de 216,33 células, con predominio mononuclear. La media para los valores de proteínas en el LCR fue de 36.79 mg/dl y de glucosa de 72mg/dl. Del total de pacientes, 13 (12,4%) requirieron ingreso. El 94,3% del total precisó tratamiento sintomático y el 46% de los ingresados recibió tratamiento antibiótico. La reacción en cadena de la polimerasa del líquido fue positiva para enteovirus en el 82% de los casos (sensibilidad = 80%), sin embargo el cultivo fue negativo en el 68.6% de los casos, aislándose en el resto de las muestras: echovirus tipo 4 (78%), tipo 30 (18%), tipo 6 (6%) y tipo 9 (6%).

Conclusiones: La meningitis vírica en nuestro medio, durante el periodo de tiempo estudiado, fue una patología de predominio en el sexo masculino con una mayor incidencia en otoño. El hemograma y los reactantes de fase aguda fueron inespecífico, por lo que para el diagnóstico nos apoyamos en la clínica y en el análisis del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico etiológico se obtuvo a través de la PCR del líquido, gracias a su alta sensibilidad, siendo el enterovirus el virus que con mayor frecuencia se identificó. El *echovirus tipo 4* es el virus que se aisló en mayor proporción en el cultivo. El tratamiento que se administró fue principalmente sintomático y sólo en casos aislados se precisó ingreso hospitalario.