

Viernes, 3 de junio (10:15-11:45 h)

INFECTOLOGÍA

SALA 13 (PLANTA SÓTANO DEL CENTRO DE CONGRESOS)

247

10:15 h

ESPOROTRICOSIS EN LA INFANCIA: REVISIÓN DE 138 CASOS EN UNA REGIÓN ANDINA ENDÉMICA

Sergio Aguilera Albesa, Olivia Busto Crespo, Amalia Ayeche Díaz, Ainhoa Torrens Osés, José Lizárraga Trujillo, Esperanza Ticona Sánchez

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra), Centro de Salud Rochapea, Pamplona (Navarra) y Centro Médico Santa Teresa, Abancay (Perú).

**Introducción:** La esporotricosis (ET) es una infección cutánea crónica causada por el hongo *Sporothrix schenckii*, endémica en la región centro-sur andina de Perú. Afecta con frecuencia a extremidades en forma de úlceras y/o linfangitis nodular, en adultos en contacto con tierra, animales o vegetales. El tratamiento de elección es itraconazol oral, pero se usa yoduro de potasio oral (KI) por su bajo coste.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo, presentación, y tratamiento disponible, entre casos pediátricos detectados en la región.

**Método:** Revisamos 198 casos de ET, según cultivo micológico, en el Centro Médico Sta. Teresa de Abancay, desde 01/2000 hasta 07/2003. Se recogen: edad, sexo, peso, talla, tipo de vivienda, antecedentes, tipo y localización de la lesión, evolución, y tratamiento.

**Resultados:** El 70% (138) tienen entre 0-14 años (51% mujeres). De estos, un 10% presentan desnutrición crónica. La mayoría viven en casas de adobe y suelo de tierra, más de 6 personas, y más de dos animales domésticos distintos. Un 40% refieren herida previa, y contaminación con tierra y vegetales. El 55% presentan las lesiones en cara, seguido de EESS (23%) y EEII (10%). No presentan síntomas un 75%; del resto lo más frecuente es prurito o dolor local (17%), y fiebre en un 3%. Según la lesión, el 30% se diagnostican de ET cutánea fija (úlceras), el 60% linfocutánea (linfangitis nodular y/o úlceras) y el 10% multifocal. No se describe afectación extracutánea en ningún caso. El tiempo de evolución es menor de 4 semanas (en un 58%), y entre 4-12 en un 30%. El tratamiento con KI oral se inicia en todos, con curación en 59 (42%) durante 6 semanas. Como efectos secundarios destacan náuseas, vómitos y cefalea. Más del 50% abandonan el tratamiento, sin seguimiento posterior.

**Conclusiones:** 1) La ET en esta región afecta con mayor frecuencia a niños/as, en forma linfocutánea crónica sin afectación

general, de predominio en la cara. 2) En su prevención, es fundamental la limpieza de manos, limitar el contacto con animales y tierra en el hogar, y mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad. 3) La respuesta y adherencia al tratamiento se ven influenciadas por su duración, coste, accesibilidad, alternativas y efectos secundarios. 4) Su descripción en niños es además importante por la posible aparición de casos de esporotricosis linfocutánea entre los inmigrantes recientes en nuestro país.

248

10:25 h

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. UN PROBLEMA RESUELTO?

Elena Gómez Guzmán, Juan J. Gilbert Pérez, José M. Rumbao Aguirre, Cristina Herraiz Perea, Marian Carroza Pacheco, Juan Lorente, Juana M. Guzmán Cabañas, Francisco Ortiz Vergara Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Objetivo:** Valorar si los cambios introducidos en el control y tratamiento de las gestantes VIH+ y de sus recién nacidos son eficaces para disminuir la transmisión vertical (TV) del VIH. Describir las características generales de esa población de RN y patologías asociadas.

**Material y métodos:** En el período 2000-2003 nacieron en nuestro hospital 17.443 recién nacidos, de los que 31 eran hijos de madre VIH+. De manera retrospectiva se valoraron historias clínicas de los RN y de sus madres. En las madres se investigó: infecciones concomitantes (hepatitis B y C, lúes), consumo de drogas, carga viral, nivel de CD4, tipo de parto, tiempo de bolsa rota y tratamiento antirretroviral recibido durante el embarazo y parto. En el RN se valoró la antropometría, cribado de malformaciones, síndrome de abstinencia, estudio de ADN proviral y el título de anticuerpos. Se inició tratamiento con Zidovudina oral a 2 mg/kg/día durante 6 semanas.

**Resultados:** El 70% de las gestantes eran o habían sido ADVP y el 60% de ellas tenían alguna coinfección. El 70% realizaba correctamente el tratamiento antirretroviral, la mitad de ellas tenía una carga viral inferior a 1000 copias y un número de CD4 superior a 500 N<sup>o</sup>/ml. El 26% de los partos fueron vía vaginal pero se realizó un tratamiento correcto con Zidovudina intravenosa en el 94% de los partos. No demostramos aumento de la incidencia de retraso de crecimiento intrauterino ni de las malformaciones, el 50% de los RN tuvieron síndrome de abstinencia. Todos los niños han sido seguidos durante dos años, negativizándose los títulos de anticuerpos VIH y siendo negativa las determinaciones de ADN proviral.

**Conclusiones:** La TV se situaba en la última década en torno al 20% y actualmente se estima alrededor del 1-2% en los paí-

ses industrializados. En nuestra serie no se ha producido ningún caso de TV. Las medidas adoptadas en nuestro medio durante embarazo, parto y período neonatal son eficaces para la evitar la TV del VIH. Dada la ausencia de casos de infección por VIH en nuestra serie no podemos llegar a conclusiones estadísticamente significativas sobre la influencia que cada uno de los factores (carga viral materna, antirretrovirales...) tiene en la prevención de la TV pero podemos concluir que las medidas adoptadas en conjunto desde la aparición de los antirretrovirales ha sido decisiva en el descenso de la incidencia de infección de VIH en la edad pediátrica.

249

10:35 h

### ESTUDIO DE LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS EN PEDIATRÍA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

José Rafael Bretón Martínez, R. Hernández, J.M. Nogueira, J. Brines, R. Borrás, G. Royo, F. Pardo, I.M. Gould, F. Goberna, J.M. López-Lozano

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante) y Universidad de Valencia, Valencia.

**Antecedentes y objetivos:** Se disponen de muy pocos datos sobre las resistencias bacterianas en niños. El Proyecto ViResiST ([www.viresist.org](http://www.viresist.org)) es un sistema de vigilancia local de las resistencias bacterianas y de uso de antimicrobianos en varios hospitales de la Comunidad Valenciana, Europa y EE.UU. Los objetivos de este estudio son: 1) conocer las resistencias bacterianas en población pediátrica de los hospitales Dr. Peset (Valencia), H de la Vega Baja (Orihuela), H. Clínico Universitario (Valencia), H. General de Elche, H. General de Castellón; 2) analizar la relación entre resistencias y uso de antimicrobianos, y 3) comparar nuestros resultados con otro hospital europeo, el Aberdeen Royal Infirmary de Escocia.

**Métodos:** Con los datos del Proyecto ViResiST se calcularon los porcentajes de resistencia o sensibilidad intermedia de los patógenos bacterianos más relevantes a los antimicrobianos de interés. Se analizó la evolución temporal del consumo de antimicrobianos. Se estudiaron con modelación ARIMA 902 combinaciones de series temporales de resistencia y uso de antimicrobianos para intentar encontrar una posible relación matemática entre ambas.

**Resultados:** Los porcentajes más relevantes de resistencia o sensibilidad intermedia fueron: *S. pyogenes* a eritromicina 12-30%, *S. pneumoniae* a penicilina 45-60%, a eritromicina 40-60%; *S. aureus* a meticilina < 4%, a eritromicina 35%, a clindamicina < 10%; *E. coli* a amoxicilina 65-70%, a amoxicilina-clavulánico (AMC) 10-20%, a cotrimoxazol 30%; *Salmonella* spp. a amoxicilina 50%, a AMC 10-20%, a cotrimoxazol 5-15%. En la Comunidad Valenciana los antibióticos más utilizados fueron AMC (23%), penicilinas de amplio espectro (22%) y macrólidos (20%). En Aberdeen el consumo de antimicrobianos y las resistencias fueron menores. De las 902 combinaciones estudiadas se encontró relación significativa entre resistencia y uso de antimicrobianos en 60 ocasiones (6,7%). Se apreció un descenso en el uso de antimicrobianos y de las resistencias en todos los ámbitos.

**Conclusiones:** El Proyecto ViResiST permite disponer de información local y actualizada de las resistencias bacterianas en Pediatría y del uso de antimicrobianos. Esta información permite orientar la terapia empírica y mejorar la política antibiótica.

ca. El menor uso de antimicrobianos en Aberdeen se asoció a menores resistencias.

250

10:45 h

### TOS FERINA CONFIRMADA POR CULTIVO O POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA: ESTUDIO PROSPECTIVO 2003-2004

Joan Sánchez de Toledo Sánchez, M. Linés, Fernando Alfonso Moraga-Llop, F. Coll, M. Campins, A. Ferrer, G. Codina, M. Boronat, C. Figueras  
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de tos ferina mediante técnicas de cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de aspirado nasofaríngeo (ANF), y que requirieron hospitalización. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de pacientes menores de 16 años diagnosticados de tos ferina mediante cultivo (Bordet Gengou) y PCR en ANF, que requirieron hospitalización entre enero de 2003 y diciembre de 2004. Se practicó estudio de contactos domiciliarios. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado vacunal, contactos, días de hospitalización, manifestaciones clínicas y letalidad.

**Resultados:** 47 pacientes con tos ferina confirmada fueron visitados en urgencias; 26 (55%) fueron ingresados: 6 en 2003 (23%) y 20 en 2004 (77%). Resultados microbiológicos: a) PCR y cultivo +: 16 pacientes (61,5%); b) PCR + /cultivo -: 9 pacientes (34,6%); c) PCR -/cultivo +: 1 paciente (3,8%). Cepas aisladas en ANF: *Bordetella pertussis* excepto dos a *B. parapertussis*. En 2 pacientes (7,6%) se aisló además virus parainfluenza. Nueve pacientes eran varones (34,5%). La mediana de edad fue 2,3 meses (15 días-10 años). El 92,3% de los pacientes eran menores de 6 meses (69,2% tenían < 3 meses). La mediana de hospitalización fue 5 días. Tres ingresaron en UCI (11,5%). El 84% presentó tos paroxística; 65,4% cianosis, 53,8% apnea y 38,5% estridor "gallo". Falleció una paciente de 2 meses por un síndrome de tos ferina maligna. El tratamiento con azitromicina fue bien tolerado. Dieciocho pacientes (69,2%) no habían recibido ninguna dosis de vacuna: 16 (88,8%) eran menores de 3 meses y 2 tenían 3 y 5 meses de edad. En más del 50% de los casos se demostró un foco de contagio domiciliario. Durante el estudio se detectó un brote nosocomial que afectó a tres pacientes.

**Conclusiones:** La tos ferina continúa siendo una enfermedad grave en el lactante menor de 3 meses. La PCR es una técnica diagnóstica rápida y más sensible que el cultivo. El foco de contagio en la mayoría de los casos es un contacto domiciliario. La vacunación del adolescente y de los adultos en contacto con lactantes menores de 6 meses es necesaria para disminuir la incidencia de tos ferina en esta población.

251

10:55 h

### REVISIÓN DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN PERÍODO DE 12 AÑOS (1993-2004)

Roi Piñeiro Pérez, Alejandro Pazos García, Christian Garriga Braun, Santiago Rueda Esteban, Carlos Maluenda Carrillo, Andrés Bodas Pinedo

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** La tuberculosis en España es una enfermedad con una incidencia importante en la edad pediátrica, entre 20 y 50 casos/100.000 habitantes/año.

Se realiza una revisión de casos hospitalizados en nuestro Servicio de Pediatría por enfermedad tuberculosa durante los últimos 12 años.

**Objetivos:** Estudiar los cambios en la incidencia de la enfermedad tuberculosa en nuestro medio durante los últimos años, las resistencias a los antituberculosos de primera línea y las diferentes formas de presentación de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se revisan los casos clínicos de enfermedad tuberculosa ingresados en nuestro hospital desde 1993 a 2004. Todos los pacientes incluidos eran menores de 16 años.

**Resultados:** Fueron diagnosticados de enfermedad tuberculosa 36 pacientes, de los que el 38% (14 casos) se agrupan en los últimos tres años. El 50% del total correspondió a población inmigrante, cifra que se eleva hasta el 71% si se valoran sólo los tres últimos años. El 75% presentaba algún síntoma clínico, siendo la sensación distérmica y la tos los más frecuentes. El 63% tenía una exploración patológica, siendo la fiebre y la auscultación patológica los hallazgos más frecuentes. El Mantoux fue positivo en todos los casos excepto en un paciente inmunodeprimido y la radiografía de tórax fue patológica en todos excepto en dos casos. Los estudios de baciloscopia de jugo gástrico con la técnica de Ziehl-Nielsen fueron negativos en todos los casos y los de esputo directo, cuando fue posible realizarlos, también fueron negativos en la mayoría (93%). Los cultivos en medio sólido (Löwenstein-Jensen) fueron positivos en el 50% de los casos. Se encontraron tres casos de resistencia primaria a isoniazida (8,3%), todos ellos en los últimos dos años.

**Conclusiones:** En nuestra serie se evidencia un aumento de los casos durante los últimos años, la mayoría de ellos en población extranjera. Se objetivan casos más sintomáticos que los de otras series. El Mantoux es la prueba de elección en el diagnóstico de infección tuberculosa en Pediatría.

El Ziehl queda como una prueba poco eficaz en nuestro estudio. Se encuentran más casos de resistencias en los últimos años.

## 252 11:05 h RESPUESTA VIROLÓGICA E INMUNOLÓGICA A LARGO PLAZO EN NIÑOS VIH CON TARGA DURANTE UN PERÍODO DE SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS

Salvador Resino García, Alejandro Álvaro-Meca, Rosa Resino García, Juan Antonio León Leal, Luis Miguel Ciria Calavia, José Tomás Ramos, M. Dolores Gurbindo Gutiérrez, Pablo Martín Fontelos, M. Isabel de José Gómez, M. Ángeles Muñoz Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla y Hospital del Niño Jesús, Madrid.

**Antecedentes:** La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) produce un descenso de la CV, pero en el caso de los niños VIH alcanzar y mantener esta CV indetectable es bastante complicado.

**Objetivo:** Valorar los factores que se asocian con el control de la CV durante un largo período de tiempo en una cohorte de niños VIH infectados verticalmente y el efecto de este control de la CV a largo plazo sobre la recuperación de células T CD4+.

**Pacientes y métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo en 160 niños VIH con 4 años seguimiento en TARGA. Estos niños fueron divididos en dos grupos según el control de la CV a largo plazo: a) Grupo Respondedor: 33 niños

VIH que controlan la CV durante el primer año de TARGA y lo mantienen durante el seguimiento, y b) Grupo No-Respondedor: 127 niños VIH que no controlan la CV durante el primer año de TARGA y permanece elevada durante el seguimiento.

**Resultados:** Los factores que mostraron una asociación más fuerte con la supresión de la CV viral tras 4 años de TARGA fueron la CV  $\leq 10.000$  copias/ml (OR = 5,80 [1,89; 17,79]) y ser virgen para el tratamiento antirretroviral al inicio del estudio (OR = 4,54 [1,31; 15,78]); y el más importante de todos, la adherencia al tratamiento (OR = 19,71 [2,43; 159,56]). También se estudio el efecto del control de la CV durante un largo período de tiempo sobre la recuperación de las células CD4+. Después de un similar incremento de las células T CD4+ durante los primeros 12 meses de TARGA en los dos grupos de niños, los niños del grupo Respondedor alcanzaron mayores valores medios de células T CD4+ y mayor porcentaje de niños con CD4+ > 25% que los niños del grupo No-Respondedor durante los meses 24, 36, y 48 ( $p < 0,05$ ). Además, el nivel de control de la CV afectó a la recuperación de CD4+. Solo cuando se consigue un control total de la CV se alcanza el máximo de recuperación de células T CD4+.

**Conclusiones:** La adherencia a la TARGA es el factor más importante para determinar la supresión de la CV durante un largo período de tiempo. Además, esta supresión de la CV durante un largo período de tiempo permite alcanzar valores más elevados de células T CD4+ que en niños VIH sin un buen control de la CV.

## 253 11:15 h EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS Y SEROTIPOS DE NEUMOCOCOS INVASIVOS 1997-2004 TRAS LA COMERCIALIZACIÓN DE LA VACUNA CONJUGADA FRENTE A NEUMOCOCO

Mercedes Herranz Aguirre, Natividad Viguria Sánchez, Gabriel Durán Urdániz, Alberto Gil-Setas, Luis Torroba Álvarez, Alba Petit Colell, Nuria Clerigué Arrieta, Eva Rupérez García, Beatriz Solís Gómez, Enrique Bernaola Iturbe

Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra), Hospital García Orcoyen, Estella (Navarra) y Ambulatorio General Solchaga, Pamplona (Navarra).

**Introducción y objetivo:** Describir algunas de las características de las cepas invasivas de neumococo aisladas en niños durante un período de 7 años en dos Áreas de Salud (Pamplona y Estella) y evaluar el impacto de la introducción en el mercado de la vacuna 7-valente antineumocócica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (1997-2001) y prospectivo (2002-2004) durante un total de 7 años recogiendo las cepas invasivas de neumococo (aisladas en líquidos estériles: hemocultivo y LCR) y analizando las siguientes variables: lugar de aislamiento, edad, serotipo y sensibilidad antibiótica mediante programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se aíslan un total de 118 cepas (8 LCR, 110 hemocultivos) en niños con una edad media de 2,31 años (DE: 2,40). Por grupos de edad el número de aislamientos fueron: < 2 años: 74, 2-5 años: 33 y en > 5 años: 8. Se han serotipado 116/118 cepas. Los serotipos más frecuentemente aislados son: 14, 19F, 19A, 1, 6A, 6B, 18C (81/118). Los serotipos incluidos en la vacuna por grupos de edad son: < 2 años (37/74), y < 5 años (48/107). Se calculó la resistencia antibiótica de las cepas según los criterios NCCLS, siendo las resistencias globales frente a Pe-

nicilina: 37% no sensibles, Cefotaxima: 15% no sensibles y Eritromicina 31% no sensibles. La mayoría de las cepas no sensibles a Penicilina ( $p < 0,001$ ) y Cefotaxima ( $p < 0,01$ ) pertenecían a serotipos vacunales. En niños menores de 2 años, se aíslan el mayor número de cepas no sensibles a Penicilina ( $p < 0,05$ ). En el año 2004 se encuentra un descenso del 48,9% ( $p < 0,05$ ) de las cepas no sensibles a penicilina, y un descenso del 23,6% de las no sensibles a Cefotaxima. También en el 2004 hay una importante disminución de los serotipos vacunales del 44%.

**Conclusiones:** 1) El mayor número de neumococos aislados es en menores de 2 años, donde una proporción importante de serotipos están incluidos en la vacuna 7-v. 2) Observamos, en el último año del estudio, una disminución de los neumococos no sensibles y un descenso de los serotipos vacunales. 3) Es necesario seguir con la vigilancia de los neumococos en nuestro medio para ver si estos datos se confirman.

## 254 11:25 h EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS NIÑOS INFECTADOS VERTICALMENTE POR EL VIH EN LA COHORTE DE MADRID: 23 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Rosa Resino García, Salvador Resino García, José M<sup>a</sup> Bellón Cano, Alejandro Álvaro-Meca, M. Isabel de José Gómez, José Tomás Ramos, M. Luisa Navarro Gómez, María José Mellado, Luis Miguel Ciria Calavia, M. Ángeles Muñoz Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Hospital Universitario La Paz, Madrid y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivo:** Describir la efectividad de las diferentes terapias antirretrovirales utilizadas sobre la evolución clínica (admisiones hospitalarias, progresión a sida y fallecimiento) en niños infectados verticalmente por el VIH en Madrid.

**Pacientes:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo en 427 niños VIH divididos en 5 períodos de calendario (PC) según los tratamientos antirretrovirales usados: a) PC1 (80-89): período sin tratamiento antirretroviral; b) PC2 (90-93): período en monoterapia con análogos de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa (NRTI); c) PC3 (94-96): período en terapia combinada con dos NRTI; d) PC4 (97-98): período en terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) con tres drogas: NRTI, y/o inhibidores de proteasa, y/o no NRTI (menos de 50% de los niños estaba en TARGA), y e) PC5 (99-03): período en el que más del 60% de los niños estaban con TARGA y menos del 10% no estaban tratados.

**Resultados:** Cuando las nuevas estrategias terapéuticas estuvieron disponibles (de 1997 en adelante), los niños VIH tuvieron un aumento progresivo de sus valores medios de células TCD4+ y una disminución de la CV. El menor número de casos SIDA se encontró en PC5 (99-03) y la proporción relativa (RP) de niños sin sida tuvo un valor superior a 20. En PC5 (99-03) se encontró menor número de fallecimientos y la RP de supervivencia fue mayor de 30. La densidad de incidencia (DI) de SIDA fue superior a 0,15 (15% casos de sida/año) en PC1 (80-89) y después descendió progresivamente hasta 0,05 en el PC5 (99-03) ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, la DI de muerte aumentó para el grupo PC3 (94-96) y después disminuyó. PC5 (99-03) tuvo

una DI de muerte más baja que PC1 (80-89), PC2 (90-93) y PC3 (94-96). De 1997 en adelante el número de niños VIH+ sin hospitalizar fue descendiendo. La DI de hospitalizaciones aumentó durante PC3 (94-96) y PC4 (97-98) hasta más de 0,10 (10% de hospitalizaciones/año) y después disminuyó en el PC5 (99-03) ( $p < 0,001$ ). El tiempo de hospitalización por niño VIH fue mayor en el PC1(80-89) ( $\approx 30$  días) y descendió en el PC5 (99-03) ( $\approx 10$  días).

**Conclusiones:** La TARGA es la terapia antirretroviral más efectividad ya que permite un mejor control de la CV, aumento de células T CD4+; y a nivel clínico disminuye los ingresos hospitalarios y la progresión a sida, y aumenta la supervivencia.

## 255 11:35 h MALÁRIA: UMA PATOLOGIA COM GRANDE ÍNDICE DE MORBIMORTALIDADE EM PAISES EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO

Elsa Manuela Barbosa Gomes, Florencio Balboa de Paz, Hospital David Bernardino

Luanda (Angola) y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Antecedentes e objetivos:** A malária é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, causando entre 1,5 a 2,7 milhões de óbitos, sobre tudo em África subsahariana. O objetivo é dar a conhecer a incidência no nosso meio, e nossa experiência no hospital pediátrico, David Bernardino em Luanda.

**Métodos:** Feita revisão retrospectiva de pacientes internados neste hospital com malária, apresentando gota espeda positiva e excluindo outras patologias, durante os anos 2003 e 2004. Recolheram-se os seguintes dados: Idade, sexo, tipo de Plasmódio, mês de internamento, destino e formas clínicas de apreensão.

**Resultados:** Foram internados por malária durante este período 10.074 pacientes. Sendo 5.401 em 2003 e 4.673 em 2004. Com uma mortalidade global de 16%. A maior mortalidade foi nas primeiras 48 h de internamento (64,5%). Esta mortalidade está ligada fundamentalmente a malária cerebral e anemia grave.

Os meses de maior ocorrência foram de Março á Junho, que é posterior a estação chuvosa. 63% dos casos eram crianças com idade compreendida entre 1-5 anos. A forma mais frequente de apresentação foi febre, hepatoesplenomegália, alteração de consciência e ou anemia grave (78%). Em todos eles foi isolado o *Plasmodium falciparum*. O tratamento antimalárico instituído foi em função do quadro clínico e ou da parasitemia (número de plasmódios por milímetro cúbico, na gota espeda). Os antimaláricos usados foram a Cloroquina, Pirimetamina mais Sulfadoxina, Mefloquina, Quinina e uma Artemisina.

**Conclusão:** A malária é uma patologia com morbimortalidade extremamente alta em Angola. Adopta um caracter hiperendémico, com pico máximo na época pos chuvosa. É fundamentalmente causada pelo *Plasmodium falciparum*. A implantação de medidas preventivas são importantes, mas sem um planeamento radical, como seria a eliminação do vector, têm um valor limitado, enquanto não se disponha de uma vacina eficaz.