

Viernes, 2 de junio (09:00 - 10:30)

**PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA  
Y ATENCIÓN PRIMARIA**

**Sala 6**

**P296**

**RECHAZO DE LA DEAMBULACIÓN DE INICIO  
SÚBITO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Salvador Ibáñez Micó, Montserrat Aleu Pérez-Gramunt

Sección de Neuropediatría y Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

El rechazo brusco de la deambulación en un pre-escolar previamente sano debe ser investigado, ya que el diagnóstico diferencial incluye numerosas patologías. La corta edad de estos pacientes puede demorar el diagnóstico, por las dificultades en la anamnesis y la exploración. Presentamos 4 pacientes con procesos patológicos diferentes, de inicio clínico similar.

**Caso 1:** Varón de 3 años, rechazo de la deambulación y dolor en EEII de 1 semana de evolución. Apirético. Arreflexia en miembros inferiores. RM medular: engrosamiento distal medular, con captación de contraste de la cola de caballo y las raíces nerviosas. LCR: disociación albúmino-citológica. Diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, recibió tratamiento con inmunoglobulina iv. Curación.

**Caso 2:** Varón de 2 años, rechazo de la deambulación desde 2 semanas antes. Dolor en región dorso-lumbar. Hiperlordosis. RM espinal: discitis L1-L2. Tratamiento: corsé y cloxacilina 2 semanas.

**Caso 3:** Varón de 2 años, con rechazo de la deambulación de varias semanas de evolución. Fiebre ocasional. Mejoría parcial con ibuprofeno oral. Curso en brotes. Artritis en codo y muñeca. Radiografías normales. Hemograma, PCR y VSG normal. Hemocultivo estéril. ANA, FR y HLA-B27 negativos. Diagnosticado de artritis idiopática juvenil de inicio oligoarticular. Tratamiento con AINEs, corticoides y metotrexate.

**Caso 4:** Mujer de 3 años, dolor en EEII y rechazo de la deambulación, con fiebre elevada, de 24 horas de evolución. Hipotonía e hiperreflexia en EEII. Hemograma: discreta anemia y trombopenia. LCR, EMG, EEG, eco abdominal, Rx lumbar, RM cerebral y medular normales. Posteriormente aparecen hematomas en tronco y cara. Aspirado medular: leucemia linfoblástica aguda. Se inició protocolo terapéutico, con buena evolución.

**Discusión:** En un preescolar que rechaza la deambulación, la anamnesis meticulosa y la exploración clínica detallada, tanto general como neurológica, aportan información complementa-

ria sobre la etiología del cuadro, la cual nos llevara a la realización de exploraciones complementarias orientadas al diagnóstico.

**P297**

**VACUNACIÓN INFANTIL DE GRIPE EN UN CENTRO RURAL**

Miguel Ángel María Tablado, Carmen Montejo Martínez, Susana Álvarez Díez

Equipo de Atención Primaria Perales de Tajuña del Área 1. Madrid.

**Objetivos:** Describir la experiencia de la vacunación antigripal en la campaña 2005 en niños según recomendaciones de la Comunidad de Madrid (CAM).

**Métodos y resultados:** La gripe produce una alta morbilidad en la población pediátrica. Los niños constituyen el grupo de edad con mayores tasas de incidencia. Según la Asociación Española de Pediatría y su Comité Asesor de Vacunas (CAV) no se aconseja la vacunación sistemática de la gripe a niños sanos. El CAV considera que cualquier niño mayor de 6 meses puede ser vacunado cuando los padres lo soliciten, con prioridad de acceso para los grupos de mayor riesgo. La CAM por primera vez en la campaña vacunal 2005 incluye las indicaciones de la vacuna desde los 6 meses de edad. La población diana fueron los niños entre 6 meses y 14 años pertenecientes a alguno de los siguientes grupos de riesgo: neumopatías crónicas incluido asma, enfermedades cardiovasculares graves, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio, inmunosupresión, tratamiento crónico con AAS<sup>o</sup>, y convivientes de pacientes con patologías respiratorias graves o inmunodeprimidos. La captación de pacientes se realizó a través de carteles en el Centro y case-finding en la consulta de Pediatría. Posteriormente se ofreció al resto de padres. En nuestro centro se vacunaron 76 niños de un total de 826 (9,2%). Cumplían los criterios descritos 34 (44,7%): 19 asma, 1 consumo crónico de AAS<sup>o</sup>, 10 convivientes con EPOC, 3 convivientes con leucemia. El resto de vacunados fue a petición de los padres: 26 (34,2%) infecciones previas del tracto respiratorio no bronquiolitis, 14 bronquiolitis en el año anterior y 1 la recomendación era hospitalaria. Únicamente 2 niños habían sido vacunados en campañas anteriores. La edad media: 2,56 años. La vacuna utilizada fue INFLEXAL V<sup>®</sup> según protocolo. Un solo niño presentó efectos secundarios sistémicos: mialgias, artralgias.

**Conclusión:** La gripe produce alta morbilidad en niños. La consulta de atención primaria es un lugar privilegiado para la captación de grupos de riesgo. Es preciso antes de su recomendación hacer estudios en nuestro país que valoren el impacto de la gripe en los niños y el papel de los niños como fuente de contagio para adultos de riesgo.

**09:05**

**09:00**

## P298 09:10 ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESCOLARIZADA EN 1º DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE TRES MUNICIPIOS VALENCIANOS

Carmen Tormo Martí, Nuria Goig de la Concepción, Paloma Muñoz Jaramillo  
Centro de Salud de Canals, Valencia.

**Objetivo:** Evaluar el estado de la salud buco-dental de los niños de 1º de E. Primaria del curso 2004-2005 de tres municipios de la Comunidad Valenciana: Canals, Alcudia de Crespins y Montesa. Compararla con la salud buco-dental de la misma población del resto de la Comunidad Valenciana (Informe de salud nº 47 de 1998) y con la del resto de España (Encuesta Nacional de Salud Oral en España del 2000).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo-comparativo realizado mediante revisión de las historias clínicas de la Unidad de Odontología Preventiva (UOP) de los niños de 1º E. Primaria año 2004-2005 de Canals, Alcudia de Crespins y Montesa. Se recogieron datos correspondientes a sexo, número de caries y caries obturadas tanto en dentición temporal como definitiva. Se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Se revisaron 135 niños, el 50,37% varones y 49,62% mujeres. De ellos 92 procedentes de Canals, 36 de Alcudia de Crespins y Montesa. El índice de cod fue 1,15. Niños con 1 o más caries 45 (33,33%). Niños libres de caries 90 (66,66%). El 18,51% (25) acumulan el 92,94% de las caries. Comparación con la Encuesta Nacional de Salud Buco-Dental del 2000 y de la Comunidad Valenciana de 1998.

	Nacional 2000	C. Valenciana 1998	Canals, Alcudia y Montesa. 2005
Prevalencia caries	33,33%	32,8%	33,33%
Icod	1,06	1	1,15

**Conclusiones:** La mayor parte de las caries se concentra en una cantidad pequeña de niños. El 18,51% acumulan el 92,94% de las caries, hecho que se produce también en los países de nuestro entorno. Por el contrario el 81,49% son niños sanos o con pocas caries ( $\leq 2$ ). Esto se traduce en que es importante detectar qué niños tienen problemas buco-dentales para poder incluirlos en el programa de prevención de la UOP. Nuestros datos (2005) son similares a los encontrados en la Comunidad Valenciana (1998) y Nacional (2000) por lo que creemos sigue siendo necesaria la intervención de las UOP.

## P299 09:15 ACCIDENTES DE TRÁFICO EN LA INFANCIA. CONSECUENCIAS PERSONALES Y SOCIALES A LARGO PLAZO

Luis Sánchez Santos, Paula Rivas Pumar, Pilar Blanco-Ons Fernández, Sara Trabazo Rodríguez, Federico Martínón Torres, José Mª Martínón Sánchez, Antonio Rodríguez Núñez  
Centro de Salud de Melide, A Coruña, Centro de Salud de Arzúa, A Coruña y Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**Antecedentes y objetivos:** Los accidentes de tráfico son una causa relevante de morbimortalidad aguda en la infancia; pero son escasos los datos acerca de sus consecuencias crónicas. El objetivo es conocer su impacto a largo plazo sobre la funcio-

alidad físico-psíquica y la calidad de vida y la repercusión sobre el entorno del niño.

**Métodos:** De los 209 niños ingresados entre 1999 y 2003 en nuestra UCIP por un traumatismo grave, se seleccionaron los 123 (58,5%) en los que la causa fue un accidente de tráfico. Entre 2 y 5 años después del accidente, los familiares y los pacientes fueron entrevistados, evaluando su situación funcional con la escala Pediatric Overall Performance Category (POPC) y la neurológica mediante la Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC). Se valoró la percepción de calidad de vida (según una escala de 0 a 10) y el nivel de adaptación social.

**Resultados:** La edad al ingreso fue de  $10,8 \pm 4,1$  años, y en el momento de estudio de  $14,5 \pm 4,2$  años. La edad del grupo de estudio fue superior a la de los niños accidentados por otra causa ( $p < 0,01$ ). En 58 ocasiones (47,1%) el niño iba en automóvil, en 32 en bicicleta (26,0%), en 19 en motocicleta (15,4%) y en 14 casos fue atropellado (11,4%). La edad de los accidentados en moto ( $15,4 \pm 1,3$  años) fue superior a la de los demás ( $p < 0,01$ ). Al alta, el porcentaje de secuelas osciló entre 9,3% para los accidentados en bicicletas y el 42,1% para los accidentados en motos. Un 3,2% de los pacientes tenían una puntuación de 5 (estado vegetativo persistente) según las escalas POPC y PCPC, el 0,8% tenía 4 puntos (discapacidad severa), el 0,8% 3 puntos (moderada) y un 8,9% tenían 2 (leve). El 6,5% precisaba ayuda para realizar sus actividades diarias y el 11,4% presentaba alteraciones psicológicas persistentes. La calidad de vida estimada por la familia fue de  $8,7 \pm 1,8$  puntos. En 10 casos (8,1%) era inferior a 5 puntos. Uno de cada tres padres refirió alteraciones relevantes de la dinámica familiar, laboral o pérdida del trabajo o problemas psicossomáticos o mentales en relación directa con el traumatismo.

**Conclusiones:** Los accidentes de tráfico, provocan una importante morbilidad en la población infanto-juvenil. Aunque la mayor parte se recuperan, un porcentaje significativo presenta secuelas severas y dependencia de otras personas a largo plazo, disminuyendo la calidad de vida estimada y alterando la dinámica familiar.

## P300 09:20 EDUCACIÓN SANITARIA: EL RETO CONSTANTE

Josep Vicent Balaguer Martínez, Inmaculada Morató Fornaguera, Francisco Codina García, Sonia Sánchez Peña, Esther Caraballo Prieto

CAP de Lloret de Mar, Girona y Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Girona.

**Objetivo:** Valorar la utilidad educativa, en el plazo de un año, de un documento informativo sobre la fiebre orientado a padres.

**Material y métodos:** Se pasa un cuestionario de 10 preguntas test a un grupo de 100 padres sobre la fiebre (fase I). Posteriormente se les entrega un díptico informativo sobre cómo actuar ante la fiebre. Un año después se vuelve a pasar el cuestionario al mismo grupo (fase II) y se valoran las diferencias con las respuestas de la fase I. Estadística con SPSS 10,0 ( $\chi^2$ ).

**Resultados:** Muestra mayoritariamente femenina (80% fase I/85,5% fase II) con importante presencia de población inmigrante (32% fase I/28,8% fase II). Señalar que 8% no entiende el español, proporción que se mantiene constante en fase II. En la fase I se realizan 100 cuestionarios, recuperándose 74 padres en la fase II. De éstos un 56,58% conserva el díptico que se le

entregó. En ambas fases más del 90% tiene al menos un termómetro en casa. Se aprecia un aumento de toma axilar de la temperatura en fase II (49% frente 67%,  $p < 0,05$ ), además aplicando el termómetro durante un tiempo insuficiente (en contra de lo expuesto en el díptico). Sin embargo aumenta la proporción de encuestados que considera temperatura elevada a partir de 37°C axilar como se expone en el díptico (19% frente 27,6%, aunque no hay significación). También se aprecia discreto aumento de respuestas (no significativo) a favor de iniciar el tratamiento de la fiebre con medidas físicas, como venía recogido en el díptico (22% frente 30,7%). En cuanto al uso de antitérmicos se aprecia un descenso del uso de paracetamol sólo (66% frente a 46,1%,  $p < 0,05$ ) y un aumento en el uso de ibuprofeno y paracetamol alternados, en contra de lo recomendado en el díptico (12% frente a 26,3%,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La entrega del díptico no ha tenido el efecto educativo esperado sobre los padres en el plazo estimado, apreciándose incluso un empeoramiento en algunas actitudes. Esto probablemente es debido a la diversidad de fuentes de información que actualmente existen. Aunque posiblemente la entrega de información escrita sí que tenga un efecto a más corto plazo que el estudiado, debemos buscar nuevas fórmulas para reforzar el consejo de salud.

### P301 09:25 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. IMPACTO DE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA EN UN CENTRO DE SALUD

Enrique Jareño Roglán, Mercedes Pérez Martínez, Amparo Dorado Reyes, Luis Vicente Díez Domingo, Elisa Mañas Pagan, Amparo Fraile Zamarreño, Mónica Aloy Asensi, Rosa María Montañés Méndez, María Teresa Bosch Marco, María Dolores Silvestre Castelló

Centro de Salud de Moncada, Valencia y Universidad Cardenal Herrera - CEU San Pablo, Moncada, Valencia.

**Introducción:** En nuestro Centro de Salud desarrollamos el programa de Promoción de la Lactancia Materna en grupos a través de 8 sesiones de Educación Maternal a las gestantes (3 de ellas exclusivamente sobre lactancia materna), y posteriormente Talleres de Lactancia semanales para madres lactantes.

**Objetivos:** Analizar la relación sobre el inicio y la duración de la lactancia de los siguientes factores: tipo de parto (vaginal o cesárea), tipo de maternidad (pública o privada) y asistencia o no a las sesiones de Promoción de la Lactancia en grupos.

**Material y métodos:** 453 lactantes (445 madres) nacidos en los años 2003 y 2004, seguidos en el Programa de Salud del niño sano en nuestro Centro. 99 (22%) han recibido lactancia artificial desde el nacimiento, y 354 (78%) han iniciado lactancia materna; el 65% continúan con lactancia materna a los 3 meses, el 47% a los 6 meses, el 19% al año, y el 10% (43) a los 18 meses. En el 68% de los casos (310) las madres han acudido a nuestro Centro para la Promoción de la Lactancia en grupos; el 32% (143) no han acudido o lo han hecho por otros cauces.

**Resultados:** El porcentaje de inicios de lactancia materna al nacimiento es mayor en los nacidos por parto vaginal respecto a cesáreas (83% vs. 69%), no habiendo diferencias según el tipo de maternidad (80 vs. 77%). La mayor diferencia se da entre el grupo de niños cuyas madres han asistido a la Promoción de la Lactancia respecto a los que no: 86 vs. 60%. Las diferencias en

cuanto a duración media de la lactancia no son significativas según el tipo de maternidad y sí lo son entre los nacidos por vía vaginal y por cesárea ( $6,71 \pm 5,69$  vs.  $4,85 \pm 5,71$  meses;  $p < 0,01$ ). De nuevo las mayores diferencias se producen entre aquellos cuyas madres han asistido a la Promoción de la lactancia (Grupo 1) y los que no (Grupo 2):

	Tiempo medio (meses) de lactancia materna exclusiva	Tiempo medio de lactancia materna total
Grupo 1	3,55 ± 2,43	6,93 ± 5,61
Grupo 2	2,11 ± 2,49	4,24 ± 5,63
p	$p < 0,00000001$	$p < 0,00001$

**Conclusión:** La Promoción de la lactancia materna mediante Educación sanitaria está siendo efectiva en nuestro grupo de población, ya que el porcentaje de niños que la inician y los tiempos medios de lactancia son significativamente mayores.

### P302 09:30 RAQUITISMO CARENCIAL EN NIÑO DE 20 MESES DE EDAD. ¿PATOLOGÍA OLVIDADA?

Eva Gembero Esarte, Eva Rupérez García, Irene Garralda Torres, Teresa Molins Castiella, Juan Antonio Bellocq, Inmaculada Nadal Lizabe, María Sagaseta de Ilúrdoz Uranga, Francisco Javier Molina Garicano

Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

**Introducción:** Destacar el raquitismo carencial. Se trata de una patología emergente dado el aumento de pacientes inmigrantes procedentes de países con grandes diferencias socioculturales y ambientales.

**Caso clínico:** Varón de 20 meses que no deambula. Gatea desde los 12 meses no se mantiene de pie. Se desplaza con apoyo. Sicomotor normal. *Exploración:* Peso: 13 kg (p 75-90), Talla 85 cm (p75-90), Perímetro craneal 54 cm (p > 97). Buen estado general. Bien nutrido. Palidez cutáneo mucosa. Macrocefalia. No craneotabes. Suturas craneales amplias. Faringe y oídos normal. Tórax: rosario costal. ACP: normal. Abdomen normal. Genitales normales. Extremidades: genu valgo. Engrosamiento de muñecas y tobillos. Hipotonía generalizada axial. Reflejos normales. No bipedestación. Sedestación normal. Gatea y manipula objetos. Tercer hijo de una pareja procedente de Marruecos. Nacido en España en el mes de septiembre de 2003. Embarazo controlado y a término. Cesárea por presentación transversa. No reanimación. Peso: 3.870 gr. (p 75-90), Perímetro cefálico 37,5 cm (p 90-97). Lactancia materna 16 meses (exclusiva 6 meses), no vitamina D. Alimentación complementaria a los 6 meses, adecuada pero no controlada (no revisiones rutinarias salvo para vacunas) Analítica: anemia ferropénica, hipocalcemia (6 mg/dl) fosforemia normal, fosfatasa alcalina muy elevada (1919 U/L), hormona paratiroidea elevada (406 pg/ml) y niveles de 25-OH-colecalciferol muy disminuídos (3 mcg/L). Orina. calciuria disminuída y fosfaturia elevada, osmolaridad urinaria normal. Ecoografía abdominal: normal. Serie ósea hallazgos compatibles con raquitismo (hipodensidad ósea, metáfisis de huesos largos en copa y desflecadas, rosario costal) Tratamiento con carbonato cálcico (300 mg/kg/día), colecalciferol (5.000 UI/día) y sulfato ferroso (4 mg/kg/día). La evolución clínica y analítica inicial es satisfactoria.

**Conclusiones:** Factores de riesgo para un raquitismo por déficit de vitamina D, dieta pobre en calcio (lactancia materna no fortificada con vitamina D y alimentación incompleta), escasa exposición solar. La suplementación de vitamina D en los niños alimentados con lactancia materna debe mantenerse durante un año y debe valorarse aumentar la dosis y el tiempo de administración en niños con factores de riesgo.

### P303

09:35

#### PREVALENCIA DE RINOCONJUNTIVITIS EN PREESCOLARES DE TRES ZONAS DE MURCIA

Pedro Mondéjar López, Silvia García Martínez, Manuel Sánchez-Solís, José Valverde Molina, Luis García-Marcos Álvarez

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Servicio de Pediatría del Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera (Murcia) y Área de Pediatría de la Universidad de Murcia.

**Antecedentes y objetivos:** Conocer la prevalencia de rinoconjuntivitis en preescolares de nuestra Comunidad y ver la diferencia entre distintas zonas.

**Material y métodos:** Se seleccionó una muestra aleatoria de niños de 3-5 años de edad, en colegios de Primaria de Cartagena, Lorca y Murcia. Se entregó cuestionario escrito previamente validado, para ser cumplimentado por sus padres, que incluía preguntas sobre síntomas o diagnóstico compatible con rinoconjuntivitis.

**Resultados:** De los 2922 niños seleccionados, remiten el cuestionario correctamente cumplimentado 1784 (61,0%), siendo excluidos 161 por pertenecer a otras etnias. En la siguiente tabla se muestran los resultados del cuestionario según zonas especificadas [n (%)].

	Cartagena	Lorca	Murcia	p
Estornudo, goteo de nariz alguna vez	164 (21,2)	108 (26,9)	99 (23,6)	0,09
Estornudo, goteo de nariz último año	138 (17,9)	86 (21,7)	79 (18,9)	0,3
Problemas de nariz ± picor y lagrimeo	67 (8,7)	37 (9,4)	31 (7,4)	0,6
Problemas de nariz han impedido actividades diarias				
Nunca	719 (94,0)	358 (91,3)	390 (92,9)	0,2
Pocas veces	41 (5,4)	28 (7,1)	20 (4,8)	0,3
Bastantes veces	5 (0,7)	3 (0,8)	10 (2,4)	0,02
Muchas veces	0 (0,0)	3 (0,8)	0 (0,0)	0,01
Alergia nasal, rinitis, alguna vez	36 (4,9)	20 (5,2)	21 (5,2)	0,9

**Conclusiones:** En nuestra comunidad la prevalencia referida de rinoconjuntivitis en niños de 3-5 años oscila entre el 7,4 y el 9,4%, sin diferencias entre las distintas zonas estudiadas. Aproximadamente el 5% de nuestros preescolares refieren haber tenido un diagnóstico de rinoconjuntivitis alérgica.

### P304

09:40

#### RAQUITISMO CARENCIAL. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN GALICIA

Clara García Cendón, Yolanda Pérez Saldeño, Patricia Pernas Gómez, Gemma Novoa Gómez, Carlos García Rodríguez, Federico Martínón Sánchez, M<sup>a</sup> Paz Vior Álvarez, Mónica Mantecón Ruiz

Complejo Hospitalario, Ourense.

**Antecedentes y objetivos:** El raquitismo carencial fue el déficit nutricional más frecuente en Galicia, consecuencia sobre todo de insuficientes aportes de vitamina D a la embarazada y

al lactante y la baja insolación. La aportación de suplementos de adecuados de vitamina D a la madre y al lactante llevó a la erradicación de esta enfermedad; sin embargo desde hace tres años observamos un incremento progresivo de casos indicativos de estar ante una enfermedad emergente, de ahí que analicemos nuestra casuística con el objetivo de valorar este resurgimiento.

**Métodos:** Estudio de 34 pacientes, de edades entre 0 y 23 meses, ingresados por diferentes motivos al del estudio y a los que, entre otros procesos, se les diagnóstico raquitismo carencial siguiendo criterios anamnésticos, clínicos, bioquímicos y radiológicos.

**Resultados:** De los 34 pacientes, 21 (63%) eran niños y 13 (37%) niñas. La edad media de 3,4 meses. En el 86% de los casos no se había establecido previamente el diagnóstico ni iniciado el tratamiento. La expresión clínico-radiológica de raquitismo fue predominante en cráneo en el 1-2 trimestre, en tórax en el 2-3 trimestre y en extremidades en el 3-4 trimestre. Los hallazgos analíticos: hipocalcemia, elevación de las fosfatasas alcalinas y bajos niveles de calcidiol. Se estableció: una baja exposición al sol, la falta de aportes medicamentosos de vitamina D en la mayoría de las gestantes, una relación significativa entre el desarrollo precoz del raquitismo y la falta de suplementos de vitamina D durante el embarazo, un incremento no significativo entre los hijos de madres gestantes durante los meses de invierno e insuficiente ingestión de vitamina D por el niño en los casos observados entre los 6 y 12 meses de vida. Todos los pacientes recibieron vitamina D, seguido de curación.

**Conclusiones:** El raquitismo carencial en Galicia es en la actualidad una enfermedad emergente, indagnoscada en la mayoría de los casos, y consecuencia de la falta de ingesta materna de vitamina D en los casos más precoces y a los niños en los casos más tardíos, datos de lo que se deduce la importancia de un mejor conocimiento de la misma y la necesidad de que las gestantes y lactantes gallegos reciban suplementos adecuados de vitamina D.

### P305

09:45

#### CARACTERÍSTICAS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS CON FIEBRE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. INFLUENCIA DEL TIPO DE PROFESIONAL

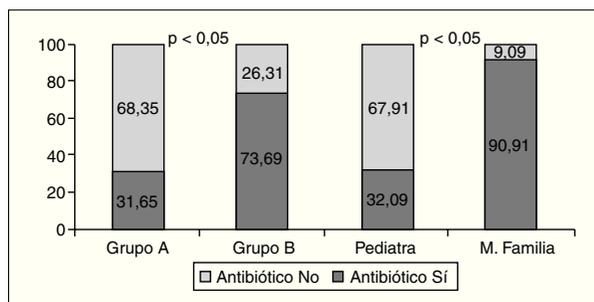
Francisco Javier Garrido Torrecillas, Irene Machado Casas, Antonio Francisco Medina Claros, Rosaura Fernández Pascual

Centro de Salud Cenés de la Vega, Granada, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada y Departamento de Estadística de la Universidad de Jaén, Jaén.

**Objetivos:** Analizar el porcentaje de prescripción de antibióticos (PPA) y las características de la misma en niños que consultan por fiebre en un centro de A.P.

**Metodología:** Se analizan los pacientes que consultan por fiebre o fiebre asociada a otros síntomas durante dos meses, elegidos al azar, en un centro de salud. Se excluyen del estudio los menores de tres meses. Se consideran dos grupos: A, niños asistidos en consulta ( $n_A = 158$ ); B niños atendidos en urgencias del centro de salud ( $n_B = 95$ ). Los niños del grupo A fueron atendidos por especialistas en pediatría y los del grupo B por médicos de familia ( $n = 66$ ) o pediatras ( $n = 29$ ). Se analiza el PPA por grupos y según las siguientes características: profesional, tiempo de evolución de fiebre, tipo de antibiótico, pruebas complementarias, edad, etc.

**Resultados:** El PPA es significativamente mayor en el grupo B (73,7%) que en el A (31,6%). Esta diferencia significativa es debida al tipo de profesional, siendo la proporción de prescripción en pediatras del 32,1% y en médicos de familia del 90,9%. Asimismo, los resultados muestran una diferencia significativa en la elección del antibiótico, siendo la amoxicilina la primera elección en pediatras (48,3%) y la amox-clav en médicos de familia (71,7%). No existe diferencia estadísticamente significativa en el PPA en función de la edad, resultando significativa según el tiempo de evolución de la fiebre.



**Conclusiones:** En el área de salud analizada se evidencia que la prescripción de antibióticos a los niños es significativamente superior si son atendidos por médicos de familia que por pediatras. El antibiótico de elección para los pediatras es la amoxicilina mientras que para los médicos de familia es la amox-clav.

### P306 09:50 SEGUIMIENTO DE NIÑOS PREMATUROS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA, DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Carmen Gutiérrez Moro, Francisco Jiménez-Alfaro Romero, Gema Simón Escanez, Susana Fernández Revuelta, Inmaculada Martínez Marín, Ángel Tristán Nieto  
Centro de Salud Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Evaluar el desarrollo de los recién nacidos prematuros, nacidos en una zona básica de salud, y valorar los problemas médicos que presenta el seguimiento de estos niños en atención primaria.

**Métodos:** Se realiza un estudio de seguimiento de todos los recién nacidos prematuros durante los años 2000-2004 desde su nacimiento hasta los 2 años. Se analizan: edad gestacional, tipo de parto, peso, longitud y perímetro craneal, al nacimiento, y a los dos años de edad corregida. Tipo de lactancia, y diagnósticos a lo largo de los 2 años. El seguimiento de los niños se realiza según el cronograma de control de niño sano, y a los 24 meses de edad corregida. En la visita del primer mes se toman los datos del nacimiento del informe de alta hospitalaria. En cada control se hace un examen pediátrico general y neurológico, valoración antropométrica y de otros problemas médicos y sociales. El desarrollo psicológico se examina con la entrevista a los padres y la observación de la actitud del niño y en los casos que se considere necesario la puntuación en el cociente de desarrollo mediante el test de Brunet-Lezine realizado por un psicólogo.

**Resultados:** Durante este periodo nacieron un total de 2227 recién nacidos, de ellos 40 fueron prematuros (dos fallecieron en la 1 semana). La edad gestacional media fue de  $34 \pm 2,27$  (27-36) semanas, el mayor porcentaje correspondía a los de 35-36 (57,5%). Peso:  $2088 \pm 457$  g. (765-2.980), Lg:  $43 \pm 2,83$  cm (38-49), PC: 31

$\pm 1,80$  cm (28-35). Tipo de partos: 16 cesáreas y 22 partos espontáneos (2 gemelares). Lactancia: artificial: 71%, mixta: 13,1% y materna: 15,7%. A los 2 años de edad corregida: peso:  $13 \pm 3,86$  Kg (11-12,7), talla:  $84,35 \pm 4,49$  cm (76-93), PC:  $48,1 \pm 1,64$  cm (45-51). El seguimiento puso de manifiesto: 2 niños presentaron retraso del lenguaje, 1 alteraciones en la marcha por hipertonia de miembros inferiores, 2 síndromes de hiperactividad y 3 retrasos en el desarrollo motor. De todas, la patología más prevalente fue la respiratoria con episodios repetidos de bronquitis obstructivas.

**Conclusiones:** Es importante un adecuado seguimiento en atención primaria, de los niños prematuros no extremos, puesto que las alteraciones neurológicas menores pueden no identificarse hasta los 18-24 meses. Resaltar la baja prevalencia de lactancia materna en este grupo de niños.

### P307 09:55 DERMATITIS ATÓPICA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Susana Larripa de la Natividad, Ana Losilla Casanova, Milagros Jiménez Salas, Laura Rosell I Belmonte, Rosa Jiménez Feijoo, Cristina Pérez Sáez, David Sabaté Lissner, Ramona Martín Martín, Eduardo Zabala Charramendieta  
CAP Llibertat, Reus (Tarragona).

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de la Dermatitis Atópica y factores asociados en un Área Básica de Salud urbana, en niños de 0-15 años.

**Recogida de datos:** Revisión de 316 historias clínicas en el año 2005.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Análisis estadístico Chii cuadrado de Pearson (SPSS 12). *Variables de la muestra:* sexo, edad, lactancia materna, padres fumadores, antecedentes personales y familiares de atopía y/o alergia; antecedentes personales de bronquitis.

**Resultados:** El 58,7% de los casos con Dermatitis Atópica tenían al menos un padre fumador; el 20,9% tenían antecedentes familiares de alergia; el 27,7% tenían antecedentes familiares de atopía y el 43,1% presentaban bronquitis de repetición. El trastorno asociado con mayor frecuencia fue bronquitis / asma.

**Conclusiones:** Prevalencia alta (16,1%), incidencia del 22% y edad de inicio temprana (84% en los primeros 5 años de vida, 56% antes del primer año y sólo en un 2% después de los 10 años). Intensidad de la Dermatitis Atópica moderada. La lactancia materna no parece influir significativamente y sí la exposición al humo del tabaco.

### P308 10:00 CURA UMBILICAL: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA HABITUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta Tamame San Antonio, Mari Trini Jiménez Rumí, Isabel de la Torre Chavarri, Sandra Moraleda Asensio

Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona) y Instituto Catalán de la Salud, C.A.P. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona).

**Antecedentes y objetivos:** En las consultas pediátricas de atención primaria del ámbito de estudio, se reciben recién nacidos con diferentes métodos de cura umbilical procedentes de diferentes maternidades. Después de una amplia revisión bibliográfica, se evidencia que no existe diferencia significativa en la aparición de infección entre curar con antiséptico o no el cordón.

**Objetivos:** Describir la práctica habitual de cura del cordón umbilical en las áreas básicas de salud del ámbito de estudio. Co-

nocer los conocimientos de los profesionales que atienden a los RN sobre la cura umbilical.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Población: pediatras, comadronas y enfermeras pediátricas del ámbito de estudio. Mediante cuestionario autocumplimentado, recogimos datos referentes al procedimiento de cura umbilical.

**Resultados:** El método de cura más utilizado es mantener el cordón limpio y seco, seguido de la cura con alcohol y mercromina® y la cura con alcohol. Por el contrario, la mayoría de profesionales recomienda la cura con alcohol. La mayoría de los encuestados no cambia el método de cura procedente de la maternidad. Más de la mitad de los encuestados afirma no conocer bibliografía sobre el tema.

**Conclusiones:** La cura umbilical más frecuente en el ámbito de estudio no coincide con la más recomendada por los profesionales. En la práctica asistencial, esta realidad social se traduce en la coexistencia de diferentes métodos de cura umbilical en un mismo centro de atención primaria. Pensamos que el hecho de que no se consulte bibliografía sobre este tema es porque no es un tema de actualidad, como podría ser el uso de determinados antibióticos, o no es un tema que mueva intereses económicos, como podrían ser las vacunas. En la realidad asistencial esto se traduce en una falta de práctica basada en la evidencia científica.

### P309 10:05 CEFALEAS EN PEDIATRÍA: APROXIMACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Blanca Garrido García, Emilio Ferriols Gil, Soledad Caballero Balanzá, José Juan Alcón Sáez

Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la cefalea en la edad pediátrica así como su utilidad diagnóstica.

**Material y métodos:** Se realiza estudio descriptivo en el que se incluyen 147 pacientes con cefalea aguda recurrente derivados a la consulta de Neuropediatría-Cefaleas en un período de 3 meses recogiendo datos epidemiológicos y clínicos, hallazgos en la exploración física y realización de exploraciones complementarias así como el diagnóstico final, según los criterios de la Internacional Headache Society (IHS) de 2003.

**Resultados:** En nuestra serie, con edades comprendidas entre los 4 y los 15 años (media 12 años, moda 10 años) y cuyo tiempo de evolución de cefalea oscila entre 6 y 108 meses (media 26,8 meses, moda 24 meses), el 100% de las cefaleas eran primarias, con diagnóstico de migraña en 45 casos (30,62%), cefalea tensional en 64 (43,54%), cefaleas mixtas en 25 (17%), cefalea en racimo en 1 (0,68%) y no definidas 12 (8,16%). En nuestra serie, la cefalea tensional es más frecuente en la mujer (62,5%), mientras que en la migraña es más frecuente en el varón (57,77%). La migraña era pulsátil en el 52%, manifestaba lateralidad en el 17% y tenían antecedentes familiares migrañosos en el 84,40% de los casos (62,22% de primer grado). La cefalea tensional tenía carácter pulsátil en el 31% y lateralidad en 9%, presentando antecedentes familiares migrañosos el 51,56% de los casos (35,92% de primer grado). Las cefaleas mixtas eran pulsátiles en el 46%, con presencia de lateralidad en 7% y antecedentes familiares migrañosos en 76% (52% de primer grado). Se solicitaron exploraciones de neuroimagen en el 14% de los pacientes, sin repercusión en el diagnóstico final.

**Conclusiones:** La cefalea es una patología frecuente en la edad pediátrica, constituyendo la causa más frecuente de remisión a las consultas de Neuropediatría. La anamnesis de la cefalea y la exploración física siguen siendo los parámetros fundamentales para el diagnóstico. Determinadas características clínicas y la presencia de antecedentes familiares puede orientar al diagnóstico, teniendo en cuenta peculiaridades de la edad pediátrica. La neuroimagen es útil para el diagnóstico sólo en determinadas circunstancias, detectables por la clínica y la exploración física. En nuestro grupo, todas las cefaleas fueron primarias, dato que atribuimos a un posible sesgo derivado del largo tiempo de evolución de nuestros pacientes.

### P310 10:10 VIGILANCIA DE LA GRIPE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA RESULTADOS Y EVALUACIÓN. TEMPORADA 2004-2005. RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE ASTURIAS

Aide M. Aladro Antuña, Begoña Domínguez Aurrecoechea, M. Isabel González-Posada Gómez, Mario Margolles Martins, M. Teresa Benito Martín, Sonia Ballesteros García, Purificación Lopez Vilar, M. Luisa García Balbuena

Red de Médicos Centinela, Asturias, Gerencias de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Asturias, Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Asturias y Laboratorio de Microbiología (Virología) del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Antecedentes y objetivos:** Estimar la incidencia y la evolución de la gripe; describir la distribución por edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés y caracterizar los virus circulantes.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de gripe atendidos por la Red de Médicos Centinela de Asturias (RMC) desde el 3 de octubre del 2004 al 21 de mayo de 2005. Se ha recogido la frecuencia de presentación clínica global y por tramos etarios, características del cuadro clínico, su distribución temporal, y análisis virológico. La información se recogió semanalmente por los médicos pertenecientes a la RMC y los datos se procesaron por la Sección de Vigilancia Epidemiológica.

**Resultados:** El número total de casos comunicados en menores de 14 años ha sido de 338. Con una tasa bruta acumulada de 3.589 casos/ 100.000 habitantes frente a 2.444 casos /100.000 para la población adulta. El cuadro clínico de presentación se caracterizó por: fiebre superior a 39,5° (93,2%); la aparición súbita (92,9%); malestar general (88%), los síntomas respiratorios de vías altas (78%) y la tos (76%). Se derivaron al hospital un 0,3% del total. Se realizó toma de muestras faríngeas en el 8,6%. El pico gripal sucedió entre las semanas 2 y 3 siendo el acmé de la gripe un 39,3% superior en población pediátrica respecto a la adulta. No se observaron diferencias en cuanto al sexo. Las mayores tasas específicas brutas corresponden a los niños de entre 1 y 4 años de edad seguidas de los adultos entre 50 y 64 años. De entre los casos registrados, habían recibido la vacuna antigripal un 3,3%. Los aislamientos de virus detectados fueron en todos los casos (33) virus gripales A. En el año 2004 se vacunaron 6.045 niños, el 6% de la población infantil

**Conclusiones:** Con este estudio es posible detectar y reconocer precozmente la epidemia, participar en el intercambio de información integrada sobre gripe a nivel nacional y europeo; conocer la incidencia de la gripe y su distribución por edad sexo y estado vacunal en población pediátrica y su comparación con los adultos e identificar agentes causales

### P311 10:15 SÍNDROME DE ALLGROVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Martín Izquierdo, Moira Garraus Oneca, Marta Suárez Rodríguez, Aizpea Echebarría Barona, M<sup>a</sup> Genoveva Miranda Ferreiro, David Lozano Díaz, Isabel Vera Arlegui, Ainhoa Largo Iglesias, Valentín Alzina de Aguilar, Juan Narbona

Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra).

**Introducción:** Presentamos el caso de un niño de 12 años afecto de procesos febriles de repetición sin foco evidente.

**Caso clínico:** Paciente de 12 años que consulta para valoración de episodios febriles de aproximadamente 5 meses de evolución, con una duración de 3-4 días, que se repiten 2-3 veces al mes. La fiebre aparece siempre de madrugada o a primera hora de la mañana y va precedida de una crisis de tos irritativa y tiritona durante la noche. No refiere otra sintomatología asociada. El niño presenta una recuperación completa entre un episodio y otro. En el resto de la anamnesis por aparatos destaca disfagia para líquidos y xeroftalmia. *Antecedentes Personales:* Insuficiencia suprarrenal diagnosticada a los 8 años y en tratamiento hormonal sustitutivo. Atrofia muscular espinal distal. *Antecedentes familiares:* Primos paternos afectos de Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth. En la exploración física se observa una atrofia tenar e hipotenar, atrofia y fasciculaciones en la lengua. Voz gangosa por paresia velopalatina. Hipertonía espástica en adductores. Reflejos osteotendinosos bicipitales y rotulianos simétricamente vivos. No anomalías sensitivas. Resto normal. Dados los antecedentes personales del niño y ante la sospecha de microaspiraciones como causa de los episodios de tos y fiebre, se realiza un tránsito baritado y una manometría esofágica, que confirman la existencia de acalasia. Teniendo en cuenta este diagnóstico y la presencia de otros síntomas compatibles con el síndrome de Allgrove, se lleva a cabo un test de Schimm que muestra ausencia de secreción lacrimal. Se realiza estudio electrofisiológico que evidencia enfermedad difusa de primera y segunda motoneurona. Es diagnosticado de Síndrome de Allgrove, quedando pendiente el resultado del estudio genético. Es tratado mediante dilatación esofágica con resolución de los episodios de tos y fiebre.

**Discusión:** El síndrome de Allgrove es un trastorno autosómico recesivo secundario a mutaciones en el gen AAAS localizado en el cromosoma 12q13. Consiste en la asociación de la acalasia, alacrimia e insuficiencia suprarrenal. Los pacientes suelen asociar trastornos neurológicos.

### P312 10:20 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE DIARREAS Y GASTROENTERITIS OCURRIDOS EN ASTURIAS EN EL VERANO DE 2004. REGISTRO DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA

M. Luisa García Balbuena, Mario Margolles Martins, Purificación Lopez Vilar, Sonia Ballesteros García, Aide M. Aladro Antuña, M. Teresa Benito Martín, M. Isabel González-Posada Gómez  
Red de Médicos Centinela, Asturias, Gerencias de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Asturias y Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Antecedentes y objetivos:** Conocer la incidencia, presentación y los diferentes factores asociados a los procesos diarreicos y gastroentéricos de Asturias.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los casos de diarreas y gastroenteritis registrados por la Red de Médicos Centinela (RMC) de Asturias en el verano de 2004. Se analizaron la frecuencia de presentación clínica, tasas de incidencia, los agentes causales según sexo, grupos etarios y la evolución en el tiempo. La información se recogió semanalmente por los médicos pertenecientes a la RMC del Principado de Asturias, siendo procesados los datos por la Sección de Vigilancia Epidemiológica.

**Resultados:** Se declararon en este período 372 casos (tasa acumulada del período de 466,9 casos/100.000 h) de los cuales, 207 correspondían a menores de 14 años. El cuadro clínico de presentación fue de diarrea (94%), dolor abdominal (69,3%), proceso agudo (56%), vómitos (51%) y fiebre (43%), derivándose al hospital un 0,4 % del total. Fueron más afectados los niños, fundamentalmente los de 1-4 años y los menores de 1 año (tasas de 2025 y 1376 casos 100.000 h). Factores asociados: en un 24% los procesos estaban asociados a otro caso, en un 14% había sospecha de estar implicado un alimento, en 10% se asociaron a un brote, en 4% la sospecha recayó en un bar o restaurante, en un 4% el consumo de agua sin higienizar y en un 3% la asistencia a guardería, colegio o campamento de verano. Se analizaron muestras de heces en el 10,6% del total de casos, siendo el rendimiento virológico del 32% (predominio de calicivirus) y el rendimiento bacteriológico del 46% (predominio de salmoneras entéricas).

**Conclusiones:** El método de vigilancia a través de un sistema de redes de Médicos Centinela ha resultado ser muy útil para conocer los patrones de presentación de las diarreas y gastroenteritis en Asturias (frecuencia, incidencia, distribución personal y temporal), así como de los agentes causales de los mismos, y todo ello de manera rápida, ágil y con bajo coste, por lo que refuerza su papel en la detección y vigilancia de los diferentes procesos de salud que afectan a la comunidad.

### P313 10:25 PEDICULOSIS DEL CUERO CABELLUDO, ¿RESISTENCIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL?

Victoria Llopis Carrasco, Miguel Romero Portilla  
Gerencia de Atención Primaria, Albacete.

**Antecedentes y objetivos:** La infestación por piojos es un problema frecuente y recurrente en colegios y guarderías. Se cuestiona con frecuencia la eficacia del tratamiento convencional recomendado, aludiendo a resistencias a los pediculicidas. Se plantea a propósito de un brote escolar que supuestos fallos en el tratamiento pueden no ser debidos a dichas resistencias.

**Material y método:** Se describe el brote en un colegio urbano de infantil y primaria, con infestación recurrente de los alumnos a lo largo de 5 meses. Se toma como muestra un aula de 3º de infantil de 24 niños con 20 afectados (83%) y otra de 2º de primaria de 25 niños con 17 afectados (68%). Los niños se trataron de forma inicial con la pauta habitual recomendada por sus pediatras que incluía mayoritariamente permetrina al 1,5%. Ante el aparente fracaso de los tratamientos, ya que se constataba reinfestación en niños en los que parecía haberse erradicado la misma, un pediatra se desplazó al centro escolar.

**Resultados:** En una reunión con los padres, éstos expusieron qué tratamiento habían empleado, en qué forma concreta,

cuándo lo había hecho cada uno y en cuántas ocasiones. El pediatra refutó muchas de sus ideas erróneas al respecto y comprobó que el aparente fracaso del tratamiento se debía a varios factores clave: 1. La no simultaneidad en la aplicación del tratamiento por parte de todas las familias. 2. No todos los casos se habían tratado con pediculicidas. 3. La no administración de una 2ª dosis a los 7-10 días. 4. La incompleta erradicación manual de las liendres. Tras exponer a los padres una pauta correcta de tratamiento (permetrina 1,5% con método adecuado) y conseguir el empleo simultáneo de los pediculicidas en todos los afectados, la infestación cedió totalmente en poco tiempo sin aparecer nuevas recurrencias.

**Conclusión:** La creciente afirmación de que el tratamiento con pediculicidas de primera elección fracasa en un elevado porcentaje de casos debe revisarse, pues puede ser debido a la realización inadecuada del tratamiento por parte de algunos afectados dentro de un grupo cerrado.

## CARDIOLOGÍA

Sala 4  
P314

09:00

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA COARTACIÓN DE AORTA

Marta Suau Anechina, Juan Ignacio Zabala Argüelles, Victorio Cuenca Peiró, Manuel Ferreiros Mur, Custodio Calvo Macías, Antonio Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** La Coartación de Aorta (CoA) es una cardiopatía congénita consistente en una lesión obstructiva de la aorta torácica proximal, constituye de un 6% a un 8% de las cardiopatías congénitas. La presentación clínica de la CoA es muy variable, desde un shock cardiogénico hasta un hallazgo casual. El tratamiento puede ser quirúrgico o mediante angioplastia percutánea.

**Material y métodos:** Se han revisado retrospectivamente todos los pacientes con diagnóstico de CoA en nuestro centro entre Enero de 1985 y Diciembre de 2003. El grupo I lo componen 90 niños < 1 mes con una media de edad de  $7,8 \pm 6,8$  días. El grupo II (28 niños) entre 1 y 12 meses con una media de  $3'5 \pm 2'85$  meses. Los mayores de 12 meses hasta los 13 años constituyen el grupo III (21 niños) con una media de  $54,42 \pm 42,31$ . Se ha seguido su evolución durante  $5,5 \pm 3,92$  años recogiendo datos epidemiológicos, motivo de consulta, situación clínica al diagnóstico y patología asociada.

**Resultados:** Se han revisado 139 niños con diagnóstico de CoA, de los cuales 90 eran varones y 49 mujeres con un ratio varón:mujer de 1,83. Entre las patologías asociadas destacan 4 pacientes con síndrome de Turner, 7 niños con síndrome poli-malformativo y 10 con malformaciones simples: renales, digestivas, del aparato locomotor, etc. Las CoA con cardiopatía asociada son más frecuentes en edades más tempranas, 70% en el grupo 1 frente a un 33,3% en el grupo 3, siendo las más comunes: defectos septales, síndrome de Shone y cardiopatías complejas. El motivo de consulta y la clínica al diagnóstico varían mucho según el grupo de edad. En el grupo I un 18,8% consultaban por dificultad respiratoria o mala coloración Clínicamente un 18% estaban en una situación de shock cardiogé-

nico en el momento del diagnóstico y un 60% en insuficiencia cardíaca. En el grupo II fue un hallazgo casual el 39% de los casos. Clínicamente lo más frecuente es una ICC leve. El grupo III permanecían asintomáticos un 76% al diagnóstico y 4 pacientes (19%) debutaron con crisis hipertensivas.

**Conclusiones:** La CoAo es una patología frecuente y potencialmente grave, que hay que tener en cuenta en el niño < 1 mes gravemente enfermo. La gravedad depende sobre todo de la edad de presentación y de las cardiopatías asociadas Valorar los pulsos femorales y soplos en todas las edades no sólo en los neonatos.

### P315 09:05 MEJORÍA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN FUNCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN NIÑOS CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR CORONARIA IZQUIERDA ANÓMALA

Nathalie Dedieu, Inmaculada Sánchez, Jaime González Hernández, Luz Polo López, Ricardo Gómez, Julio Pérez León, Manuel Casanova Gómez, Fernando Villagrà Blanco

Servicio de Cardiología Pediátrica y Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil del Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

El origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar es una cardiopatía congénita rara pero grave. Suele presentarse en forma de miocardiopatía dilatada y cursar con insuficiencia cardíaca secundaria a isquemia en los primeros meses de vida. Aunque la corrección quirúrgica conlleva un importante riesgo especialmente en lactantes con disfunción ventricular grave, es el único tratamiento curativo y por lo tanto el principal determinante para el pronóstico.

**Objetivos:** Evaluación de la mejoría de la función ventricular izquierda según el tipo de cirugía en niños con coronaria izquierda anómala

**Métodos:** Se incluyeron 10 pacientes intervenidos entre Enero del 79 y Febrero del 06 con edades comprendidas entre 2 meses y 16 años. 7 pacientes presentaban alteración severa o moderada de la contractilidad ventricular antes de la cirugía e insuficiencia mitral moderada a severa. 2 de los pacientes presentaban anomalía asociada en tronco de la arteria pulmonar que se corrigió durante la cirugía. En 3 pacientes se realizó ligadura de la arteria coronaria a la aorta efectuándose en los demás reimplantación de la coronaria anómala a aorta.

#### Resultados:

Tipo de cirugía	Ligadura (3)	Reimplantación (7)
Edad media en años	2,5	3,9
FE media precirugía en %	53,6	35,3
FE actual en %	52,5	62,3*
Mortalidad	1	2

FE: Fracción de eyección\* No incluye última paciente por escasa evolución 2 pacientes fallecieron durante la intervención (1 de cada grupo) y otro a los 3 meses de la cirugía por fallo multi-orgánico. En una paciente con reimplantación persistió disfunción sistólica severa y fue derivada a otro centro para trasplante cardíaco.

**Conclusiones:** Siempre se debe recurrir a la cirugía incluso en caso de mala función ventricular. En nuestra experiencia la cirugía de reimplantación se asocia a mayor recuperación de la función ventricular y mejor pronóstico.

**P316****09:10****DEBUT DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI CON SHOCK CARDIOGÉNICO**

David Cervantes Chirino, M. Teresa Alonso Salas, Macarena Taguas - Casaño Corriente, Elia Sánchez Valderrábanos, Josefina Cano Franco, Mercedes Loscertales Abril

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en el mundo desarrollado. La presentación atípica es más frecuente en edades extremas, en las cuales es más elevado el riesgo de debut como fallo cardíaco.

**Caso 1:** Niña de 8 años que ingresa en UCI-P por mal estado general y signos de bajo gasto cardíaco en el contexto de un síndrome febril de 4 días de evolución. En la exploración hiperemia faríngea, exantema urticariforme en raíz de miembros, y eritema palmoplantar y edema de dorso de manos. Se realiza Ecocardiografía donde se evidencia dilatación del ventrículo izquierdo con fallo de contractilidad, con anatomía coronaria normal. En hemograma: leucocitosis con neutrofilia y PCR de 200 mg/L. En el segundo y tercer día de estancia en UCI aparecen adenopatías laterocervicales, inyección conjuntival, lengua aframbuesada y labio fisurado. Se inicia tratamiento con gammaglobulina a 2g/Kg y aspirina a dosis antiinflamatorias ante la sospecha clínica de Enfermedad de Kawasaki. La evolución es favorable.

**Caso 2:** Niña de 12 años, que ingresa por signos de bajo gasto cardíaco: obnubilación, hipotensión y oliguria, precedido de un síndrome febril de 6 días de evolución. Precisa soporte inotrópico y resucitación volumétrica agresiva para su estabilidad hemodinámica. Leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR de 320 mg/L. Ecocardiografía: disminución de la fracción de eyección y de la contractilidad. Cultivos y serología recogidas negativas. Tras cuatro días de ingreso en UCI-P recupera la función miocárdica y permite la disminución de drogas ino vasodilatadoras. Durante su estancia desarrolló en tiempos distintos exantema urticariforme cambiante, edemas de extremidades, labios fisurados y enrojecidos e inyección conjuntival no purulenta, diagnosticándose de enfermedad de Kawasaki. Tras la administración de gammaglobulinas a 2 g/Kg cede la fiebre y se normalizan los reactantes de fase aguda. La evolución es favorable

**Conclusiones:** 1. La miocarditis en la enfermedad de Kawasaki es frecuente, aunque excepcionalmente cursa con shock cardiogénico. 2. El diagnóstico precoz permite la instauración del tratamiento adecuado: gammaglobulinas y aspirina, así como soporte inotrópico, favoreciendo la recuperación y previniendo las complicaciones coronarias.

**P317****09:15****PRESENTACIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI**Carme Alejandre Galobardes, Marina Flotats Bastardas, Merce Boronat Rom, Josefa M<sup>a</sup> Suñé Gracia, M. del Carmen Ferrer Blanco, Antonio Carrascosa Lezcano

Unidad de Pediatría General, Área Materno Infantil del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis propia de la infancia. El objetivo de nuestro estudio es valorar los datos epidemiológicos, presentación clínica y complicaciones de la enfermedad en relación al tratamiento. Para ello se re-

cogen todos los casos atendidos en nuestro centro desde abril de 1999 hasta diciembre del 2005.

**Material y métodos:** Se recogieron 24 casos: 6 niñas (25%) y 18 niños (75%). La distribución etaria fue: 2 casos menores de un año (8,3%), 15 casos entre un año y 5 años (62,5%) y 7 casos mayores de 5 años (29,2%). La presentación clínica fue incompleta en 6 niños (25%) de los cuales 4 eran menores de 1,5 años (67%). El porcentaje de presentación de los distintos criterios diagnósticos fue: afectación bucal 92%, exantema cutáneo 87,5%, conjuntivitis 83%, adenopatías 79% (58% varias, 42% única) y afectación de las extremidades (descamación o edema) 71%. Estudios de laboratorio: la VSG se determinó en 13 casos (54%), de los cuales el 100% fue >40 mm/h; PCR>3mg/dL en 15 casos (62,5%); leucocitosis>15.000/mm<sup>3</sup> en 8 casos (33%), plaquetas >450.000/mm<sup>3</sup> en 5 casos (21%), albúmina <3g/dL en 6 casos (25%) y afectación hepática (transaminasas > 80 UI/L) en 8 casos (33%). Los cultivos y serologías no fueron significativos. Los controles ecocardiográficos posteriores fueron normales. La media de inicio del tratamiento respecto al inicio de la fiebre fue de 8 días, con un máximo de 14 días y un mínimo de 5 días. Todos los casos fueron tratados con AAS (dosis 70-100 mg/Kg) y gammaglobulina endovenosa (2g/Kg) a excepción de dos; uno recibió 2 dosis a 1g/Kg administradas con 3 días de diferencia y el otro requirió 3 bolus a 2g/Kg + 3 tandas de metilprednisolona (30mg/Kg) + 1 tanda de Infliximab (5 mg/Kg). Todos los casos, excepto este último, quedaron afebriles en las primeras 24 h posteriores al tratamiento.

**Conclusiones:** 1) La franja de edad mayoritaria fue de 1 a 5 años con predominio masculino, tal y como se describe en la literatura. 2) Un 25% de los casos fueron de presentación incompleta (67% de ellos, menores de 1,5 años). 3) No se han detectado complicaciones debidas al tratamiento. 4) No se han detectado alteraciones coronarias, hecho que atribuimos al diagnóstico y tratamiento precoces.

**P318****09:20****PATRÓN DE SECRECIÓN DEL BNP EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE CARDIACO**

Jesús Cecilio López-Menchero Oliva, Andrés Alcaraz Romero, Patricia Aparicio García, Manuela Camino López, Santiago Mencía Bartolomé, Raúl Roberto Borrego Domínguez, Enrique Teigell, Rubén Greco Martínez, Susana Zeballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivo:** El péptido natriurético tipo B (BNP) es secretado por los ventrículos cardíacos en respuesta a sobrecarga de volumen y de presión. Su utilidad como marcador diagnóstico y evolutivo de insuficiencia cardíaca ha sido ampliamente descrita en trabajos previos. El objetivo es describir los valores del BNP en el postoperatorio inmediato del trasplante cardíaco.

**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, observacional sin intervención en el que se determinaron los valores de BNP en los pacientes pediátricos trasplantados en el año 2005. Se incluyeron 9 pacientes con peso medio de 19,5 kg y edades entre 7 meses y 15 años (mediana 75 meses). 4 pacientes precisaron trasplante por miocardiopatía dilatada, 1 por miocardiopatía restrictiva, 3 por disfunción ventricular asociada a cardiopatía congénita y 1 por insuficiencia crónica de injerto previo. Se utilizó el score de Ross para estimar el grado clínico de insufi-

ciencia cardíaca previa al trasplante. El BNP se determinó mediante electroinmunoquimioluminiscencia (Advia Centaur; Bayer) en 4 momentos (T0: preoperatorio, T1: al ingreso en cuidados intensivos el 1º día postransplante, T2: 2º día, T3: 3º día).

**Resultados:** Las medianas (p25-75) de los valores de BNP (pg/ml) fueron en T0: 1012 (570-2066), T1: 70,6 (47-99), T2: 434 (265-776) y T3: 556 (284-1564); y del score de Ross de 7,50 (5,25-9). Los valores preoperatorios fueron muy elevados y mostraron correlación con el score de Ross. Inicialmente después del trasplante los valores de BNP mostraron cifras mucho más bajas, similares a las de niños sanos, y fueron significativamente inferiores a los previos ( $p = 0,012$ ) objetivándose un ascenso significativo en los días siguientes ( $p = 0,012$ ) sin evidenciarse diferencias significativas al comparar los valores de BNP medidos al 3º día del trasplante con los preoperatorios ( $p = 0,345$ ).

**Conclusiones:** El BNP es un marcador de insuficiencia cardíaca en niños con disfunción ventricular. Los valores de BNP en el postoperatorio inmediato son muy bajos, probablemente porque durante gran parte de la cirugía no hay producción de BNP. El corazón trasplantado produce gran cantidad de BNP las primeras 48 horas de evolución postrasplante.

### P319 09:25 SEGUIMIENTO DE ARRITMIAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

Marta Ruiz de Valbuena Maíz, Natalia Quirós Espigares, Carlos Salido Peracaula, Jose Luis Cuevas, Carmen Ruiz-Berdejo Iznardi, Joaquín Ortiz Tardío

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Introducción:** Es difícil conocer la exacta incidencia de arritmias en la infancia. Su frecuencia aumenta debido a la mejora de los métodos diagnósticos y a la mayor supervivencia tras la cirugía de cardiopatías congénitas. Pueden presentarse como cuadro agudo que requiere ingreso y terapia inmediata, con leves síntomas de sospecha que precisan estudio y seguimiento, o en pacientes totalmente asintomáticos.

**Objetivos:** Revisión de historias clínicas de niños citados en consulta externa de cardiología pediátrica durante el año 2005 con arritmia o sospecha de arritmia.

**Material y métodos:** De un total de 678 niños controlados en consulta externa de cardiología pediátrica, 101 (15%) fueron remitidos para estudio de arritmia o sospecha de arritmia. Analizamos sexo, edad, motivo de consulta, revisión o primera visita, ECG, ecocardiografía, holter, diagnóstico y porcentaje de altas.

**Resultados:** Del total de casos, ( $n = 101$ ), 58% sexo masculino, 42% femenino. La edad media fue 8,7 años (rango 0-15). Como primera visita se estudiaron un total de 59 niños (57%), y como revisiones 42 (43%). El motivo de consulta en los casos de primera visita fue dolor precordial ( $n: 15$ ), síncope-presíncope ( $n: 11$ ), palpitaciones ( $n: 19$ ), estudio ( $n: 14$ ). Las pruebas diagnósticas realizadas fueron electrocardiograma en 100% pacientes, presentando alteraciones el 42%. Ecocardiografía realizada en 100% pacientes. Se realiza holter al 78% de pacientes, resultando alterados el 62% (de ellos 32% correspondían a pacientes vistos por primera vez). **Diagnóstico:** Se detectan arritmias en 49% del total (24% primera visita). Se identifican los siguientes tipos de arritmias: a) Taquicardia supraventricular (TSV) 32% ( $n: 16$ ):

Sinusal,  $n: 3$ ; paroxística (TPSV),  $n: 6$ ; TPSV con WPW  $n: 3$ ; Coumel 1. b) WPW asintomático  $n: 2$ . c) Arritmias ventriculares 34% ( $n: 17$ ): Taquicardia ventricular: 1; Extrasístoles ventriculares: 16. d) Trastorno conducción AV  $n: 12$  (24%): Bloqueo AV 1er grado:  $n: 3$ , 2º grado  $n: 6$ , 3er grado  $n: 5$ . Fueron alta 50% del total.

**Conclusiones:** Encontramos elevada incidencia de arritmia en niños vistos en primera visita y en evolución de cardiopatías congénitas intervenidas. El método diagnóstico más eficaz fue el holter.

### P320 09:30 PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y ARTERIA CORONARIA ANÓMALA

José Luis Leante Castellanos, Raquel Angulo González de Lara, M. del Mar Rodríguez Vázquez del Rey, Pilar Azcón González de Aguilar, José Luis Martínez Algar, Raúl Hoyos Gurrea, Carlos Briales Casero, Ana María Leonés Valverde, Antonia Valls Ordinas  
Unidad de Cardiología Infantil y UCI del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada.

**Caso clínico:** Varón de 8 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, deportista habitual. Estando en una estación de esquí, en reposo, sufre caída al suelo y PCR iniciándose RCP básica e identificándose fibrilación ventricular. Tras desfibrilación se consigue reversión a ritmo sinusal quedando con insuficiencia respiratoria que precisa intubación endotraqueal. A su ingreso en UCI el paciente presenta situación de bajo gasto cardíaco precisando apoyo inotropeo con dopamina (hasta 20mcg/kg/min) durante las primeras 24h. Incremento de troponina hasta 3,67. ECG: ritmo sinusal y elevación del segmento ST en derivaciones precordiales derechas. SDR con infiltrado pulmonar derecho que requiere ventilación mecánica agresiva durante 36h. Neurológicamente al despertar presenta trastorno de conducta (RNM con lesiones isquémicas en regiones parietooccipitales y frontales bilaterales). Coagulación normal. Ante la sospecha de Sd de Brugada se realiza test de ATP y posteriormente de Flecaínida siendo ambos normales, por lo que se realiza angiografía coronaria que demuestra la existencia de una arteria coronaria izquierda anómala, con origen en el seno de Valsalva derecho, en un plano superior con trayecto intramural aórtico, con recorrido interarterial, esto se confirmó posteriormente mediante eco doppler color. El origen anómalo de una arteria coronaria en la aorta se relaciona con isquemia miocárdica, arritmias ventriculares y muerte súbita, en particular cuanto tiene una trayectoria entre ambas arterias. El orificio de salida de la arteria es a menudo como una hendidura y suele nacer en ángulo agudo, esto puede alterar los tipos de flujo en el lecho coronario subsidiario, la isquemia puede ocurrir dentro de la pared aórtica durante el periodo de HTA sistólica, en especial si tiene un trayecto intramural. Para el diagnóstico es importante la ecocardiografía transtorácica bidimensional complementada con doppler a color para poder identificar la dirección del flujo sanguíneo en el segmento intramural, sin su ayuda el diagnóstico es difícil.

**Conclusión:** Desde el advenimiento de la monitorización del ritmo cardíaco en la PCR de origen extrahospitalario cada vez se identifica con más frecuencia la fibrilación ventricular como causa de los episodios de muerte súbita inesperada en niños, siendo las causas estructurales cardíacas no traumáticas más frecuentes la miocardiopatía hipertrófica y el nacimiento anómalo de arteria coronaria.

**P321****BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO FAMILIAR****09:35**

Teresa Raga Póveda, M. Soledad Jiménez Casso, Luis García-Guereta Silva, M. Elvira Garrido-Lestache Rodríguez-Monte, M<sup>a</sup> Cinta Moraleda Redecilla, María Laura Casado Sánchez  
Servicio de Pediatría del Hospital General, Segovia y Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** Los bloqueos aurículo-ventriculares (BAV) en niños suelen ser debidos a transmisión materno-fetal de anticuerpos. Los casos familiares son excepcionales, no tienen relación con autoanticuerpos circulantes y se han descrito transmisión autosómica dominante o recesiva habiéndose identificado diversas mutaciones. Los pacientes con BAV familiar pueden tener grados variables de bloqueo y mostrar progresión a grados avanzados o a BAV completo a lo largo de la vida. Describimos un caso familiar en el que se estudiaron todos los familiares de 1 y 2º grado por medio de ECG.

**Caso:** Paciente de 21 meses que en una monitorización durante una intervención quirúrgica, se objetivan trastornos de la conducción aurículo-ventricular. *Antecedentes personales:* Embarazo y parto normal. Frecuencia cardíaca durante la monitorización fetal 120-140 lpm. Desarrollo pondero-estatural normal. *Antecedentes familiares:* Madre: bloqueo aurículoventricular (BAV) completo diagnosticado a los 16 años; implantación de marcapasos a los 18 años. Actualmente embarazada (ecocardiografía fetal a las 20 semanas: frecuencia cardíaca fetal 150 lpm, anatomía intracardiaca normal). *Exploraciones complementarias:* ECG: ritmo auricular a 120 lpm con BAV completo y escape ventricular de QRS estrecho a 60 lpm, alternando en ocasiones son bloqueo de segundo grado 2:1. Holter: BAV completo en ocasionales capturas, QRS estrecho y de respuesta en frecuencia a 33 lpm nocturna y máxima de 87 lpm. Ausencia de pausas prolongadas. Ecocardiograma: insuficiencia mitral leve. Anticuerpos antinucleares anti-SSA/Ro y anti SSB/La: negativos. *Evolución:* Asintomático con buena frecuencia de escape ventricular. No se implanta marcapasos. *Estudio familiar:* Se realizó ECG a los familiares de primer y segundo grado detectándose un caso adicional de BAV de primer grado (tío materno). **Conclusiones:** En este caso como en otros casos de BAV familiar los autoanticuerpos (Anti Ro y Anti La) han sido negativos. El screening familiar permite detectar pacientes asintomáticos con frecuencia cardíaca normal con grados leves de bloqueo pero con riesgo de progresión. Se debe hacer estudio familiar en todos los casos de BAV completo con autoanticuerpos negativos.

**P322****DOLOR TORÁCICO RELACIONADO CON EL EJERCICIO Y PATOLOGÍA CARDÍACA****09:40**

Fuensanta Alemán Lorca, M. Isabel Serrano Robles, Juana M. Espín López, Moisés Sorlí García, M. Juliana Ballesta Martínez, Fuensanta Escudero Carceles, Miguel Navalón Pérez, Francisco José Castro García, José Manuel Guía Torrent

Sección de Cardiología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y Servicio de Pediatría del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia).

**Antecedentes y objetivos:** El dolor torácico constituye la segunda causa de consulta cardiológica en la edad pediátrica, siendo raramente a estas edades de origen cardiovascular, aun-

que la relación con el ejercicio físico se considera clásicamente un signo de alarma. Se pretende determinar la incidencia de patología cardíaca en niños con dolor torácico relacionado con el ejercicio.

**Métodos:** Se estudiaron los casos de dolor torácico relacionados con el ejercicio registrados entre 2002-2005. Se realizó a todos los pacientes anamnesis, exploración física, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma y ergometría según el protocolo de Bruce.

**Resultados:** Fueron evaluados 12 pacientes (7 varones y 5 mujeres), con una media de edad de 9 años y 3 meses. No hubo antecedentes de síncope o muerte súbita en familiares. El dolor fue de tipo punzante en 7 (58%), opresivo en 3 (25%) y en 2 casos se acompañó de palpitaciones. En un caso existía antecedente de síncope (defecación). En 5 casos (41,6%) se auscultaron soplos de características inocentes. El electrocardiograma fue normal en el 66% de los casos, encontrando 2 casos con bloqueo incompleto de rama derecha, 1 con bloqueo completo de rama derecha y 1 con bloqueo bifascicular. La radiografía de tórax fue normal en el 100%. Los ecocardiogramas fueron normales en todos salvo en 1 paciente en que se halló una dilatación de ventrículo izquierdo e insuficiencia aórtica leves. En la ergometría todos los pacientes alcanzaron como mínimo el estadio 4 del protocolo de Bruce, siendo el tiempo medio de ejercicio de 10,42 minutos en varones (P25) y 11,1 minutos en mujeres (P50); no se presentaron síntomas ni se registraron disritmias en ningún caso, siendo la respuesta de presión arterial también normal. Ningún paciente presentó recidivas del dolor tras el estudio.

**Conclusiones:** 1) El dolor torácico en la infancia es un síntoma en la mayoría de los casos no relacionado con patología cardíaca, incluida la mayoría de casos relacionados con ejercicio. 2) Gran número de dolores torácicos relacionados con el ejercicio tienen un componente psicológico importante, dado el alto número de casos en los que desaparece tras informar de la normalidad de las pruebas realizadas. 3) Son necesarios datos anamnésticos adicionales para determinar qué pacientes deben ser sometidos a estudio cardiológico exhaustivo.

**P323****SLING DE LA ARTERIA PULMONAR. A PROPÓSITO DE 2 CASOS****09:45**

Sonia Arias Castro, Moisés Zambrano Castaño, Félix Romero Vivas, Francisco Campo Sampedro, Juan José Cardesa García  
Unidad de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Infanta Cristina, Badajoz.

**Introducción:** Los anillos y "slings" vasculares, son variaciones anatómicas de los vasos, que comprimen en mayor o menor grado estructuras vecinas (tráquea y/o esófago), causando niveles variables de estridor y/o disfagia. Dentro de estas malformaciones, el doble arco aórtico y el sling de la arteria pulmonar son las más sintomáticas. Presentamos dos pacientes: *Paciente 1:* Niño de 2 años y 8 meses, con historia previa de bronquiolititis y catarros de repetición descendentes sin broncoespasmo desde los 4 meses. Alergia a alimentos y sospecha de pre-sensibilización a pólenes, con episodios de tos crónica. *Exploración sistemática:* buen estado general. TA normal. Saturación arterial 99%. AC: rítmica, soplo sistólico. AP: Ventilación pulmonar simétrica bilateral conservada. Tos seca. Resto de exploración normal. *Pruebas complementarias:* ECG normal. Rx de Tórax:

aumento de la vascularización pulmonar en hemitórax derecho. Esofagograma: indentación anterior. Ecocardiografía: no se visualiza la implantación de la rama pulmonar izquierda en el tronco de la pulmonar. RMN: Sling de la arteria pulmonar izquierda. *Paciente 2:* Niño de 1 año, que desde los 2 meses, presenta cuadros catarrales y estridor laringeo en numerosas ocasiones. Historia de alergia en la familia. *Exploración sistemática:* buen estado general, leve tiraje subcostal e intercostal. AC: normal. AP: ventilación simétrica bilateral conservada con roncus generalizados y estridor espiratorio. *Pruebas complementarias:* broncoscopia: broncomalacia severa del bronquio principal izquierdo. Estudio alérgico negativo. Esofagograma: sospecha de vaso aberrante. Ecocardiografía: arteria pulmonar izquierda naciendo como rama de la arteria pulmonar derecha. RMN: confirmación de sling de la pulmonar izquierda.

**Conclusiones:** Los anillos vasculares constituyen una patología compleja y diversa, con una expresión clínica muy variable. Los slings de la pulmonar suelen presentar característicamente cuadros respiratorios de repetición, fácil de ser confundidos con patología bronquial y/o alérgica, que conlleva a infradiagnosticar dicha patología. Es preciso tener un alto índice de sospecha para elegir adecuadamente las pruebas diagnósticas que ayudan a esclarecer esta patología, de difícil diagnóstico. Recientemente, se dispone de nuevas técnicas, inocuas, que proporcionan una excelente información anatómica, para el diagnóstico de anomalías vasculares pulmonares en pacientes pediátricos.

### P324 09:50 COLOCACIÓN DE DESFRIBLADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN NIÑA DE 10 AÑOS CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

David Crespo Marcos, Maite Echeverría Fernández, Fernando Ballesteros Tejerizo, Esther Panadero Carlavilla, Manuela Camino López, Carlos Maroto Monedero, Carmen Gutiérrez Regidor, Lucía Márquez de la Plata Alonso, Marta Crespo Medina, Itziar Marsinyach Ros

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrofica (MCH) supone la primera causa de muerte súbita de origen cardíaco en adultos jóvenes. Esta se produce con mayor frecuencia entre los 15 y 35 años, siendo generalmente causada por arritmias. En la mayoría de los casos se trata de pacientes previamente asintomáticos. Presentamos el caso de una paciente de 10 años diagnosticada de MCH 12 meses antes, que presenta un episodio de muerte súbita, y a la que se coloca un desfibrilador automático implantable con buena evolución posterior.

**Caso clínico:** Niña de 10 años de edad diagnosticada de MCH y en tratamiento con propranolol, que presenta estando en reposo PCR secundaria a fibrilación ventricular. Tras 7 minutos de maniobras de RCP básica, se realiza cardioversión eléctrica, cediendo la misma. Ingresó en UCIP, donde permaneció estable, y se procedió a colocación de DAI. Preciso recolocación del dispositivo por suelta de electrodo ventricular inducida por vómito, con buena evolución. La paciente había sido remitida a la consulta de cardiología 1 año antes por episodio sincopal mientras caminaba, siendo diagnosticada de MCH asimétrica no obstructiva. Desde entonces había permanecido asintomática y en los Holter realizados periódicamente se había objetivado extrasístolia supraventricular. En la ergometría se determinó capacidad funcional de 4 METS, siendo suspendida por disnea sin alteraciones

eléctricas. Su ECG basal mostraba ritmo sinusal y alteración en la repolarización, con descenso del segmento ST en las derivaciones V4-V6. La paciente fue dada de alta 12 días tras el episodio, con aumento de la dosis de propranolol y no habiendo presentado incidencias hasta el momento actual (16 meses).

**Discusión:** Los episodios de muerte súbita en el contexto de MCH se asocian a historia familiar de los mismos, síncope previos, marcado incremento en el grosor de la pared ventricular y alteraciones electrocardiográficas (taquicardia ventricular o supraventricular mantenida). El tratamiento inicial de esta cardiopatía consiste en bloqueantes beta-adrenérgicos, realizando controles periódicos que incluyen evaluación clínica, ecográfica, ergométrica y electrocardiográfica. Los pacientes que presentan arritmias deben ser tratados. Se han empleado para ello verapamilo y amiodarona.

### P325 09:55 MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN LA INFANCIA. ¿UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA?

Ana Cano Sánchez, Margarita Gudín Uriel, María Maravall Llagaria, Antonio Sánchez Andrés, Beatriz Insa Albert, José Miguel Sáez Palacios, Amparo Moya Bonora, José Ignacio Carrasco Moreno, Pascual Malo Concepción

Sección de Cardiología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

**Objetivo:** La miocardiopatía dilatada (MCD) es una entidad poco frecuente en la población pediátrica. Durante el año 2005 observamos un importante aumento de nuevos casos en nuestro centro (unidad de referencia en Cardiología Pediátrica), por lo que proponemos una revisión de todos los pacientes con diagnóstico de MCD en los últimos 30 años con el fin de identificar picos de incidencia similares y conocer su evolución a largo plazo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 33 casos de MCD de causa idiopática o atribuible a miocarditis. Distinguimos el grupo de casos históricos entre 1978 y 2004 (n = 24), del grupo de pacientes que debutaron en el último año (n = 9).

**Resultados:** En el primer grupo la incidencia encontrada fue de 0- 2 casos/año. La mediana de edad al diagnóstico fue de 14 meses (m). La fracción de eyección en el momento del diagnóstico fue  $37 \pm 13\%$ . Durante el seguimiento ( $76 \pm 74$  m), 9 pacientes (37,5%) fallecieron o fueron sometidos a trasplante cardíaco. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la muerte o trasplante fue de 15 m. En 4 pacientes (16,6%) no se observó recuperación de la función sistólica a largo plazo aunque permanecían estables con tratamiento médico. 11 pacientes (45,8%) presentaron normalización de la función sistólica. No existieron diferencias significativas en los valores de FE inicial entre los pacientes que normalizaron la función frente a los que no la normalizaron. Durante el 2005 diagnosticamos 9 pacientes con una mediana de edad de 8,3 m. La FE inicial fue de  $34 \pm 9\%$ . En el momento actual (tiempo de seguimiento  $4,8 \pm 3$  m), 4 pacientes presentan recuperación de la función sistólica ( $FE \geq 55\%$ ), y ningún paciente ha fallecido o ha sido trasplantado. En ningún caso hemos encontrado datos suficientes para establecer con certeza el diagnóstico de miocarditis, aunque la similitud en cuanto a presentación clínica, frecuencia de aparición y la evolución favorable en 4 casos a corto- medio plazo nos hace tomar en consideración esta causa como probable en muchos de estos pacientes.

**Conclusiones:** La evolución en nuestra serie es similar a la descrita previamente con una elevada morbimortalidad a largo plazo. No hemos encontrado ningún pico de incidencia similar al acontecido en el 2005 e independientemente de la posible atribución al azar esta variación epidemiológica suscita interés y sugiere la posibilidad de un agente etiológico común en estos casos.

### P326

#### ARRITMIA FETAL CON HIDROPS Y COLESTASIS POSTNATAL

Luis Padilla Hernández, Laura Moreno Galarraga, M. del Mar Rodríguez Vázquez del Rey, Miguel Ángel López Casado, Emilia Urrutia Maldonado, María Rodrigo Moreno, Alicia Quesada Alguacil, Julio Romero González

Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada.

Según los estudios, sobre 1/3-1/5 de las taquiarritmias fetales corresponden al flutter auricular. Cuando la frecuencia ventricular es alta y mantenida puede llegar a provocar hidrops y pérdida fetal.

**Caso clínico:** Primigesta de 27 años sin antecedentes de interés. Hipertensión arterial tratada desde la semana 23 de gestación. Remitida a nuestro servicio en la semana 30 de gestación por presentar hidrops fetal por taquiarritmia de 250 lpm. La ecocardiografía fetal muestra un corazón anatómicamente normal, con una frecuencia auricular de 530 lpm y bloqueo 2:1. Se observa también el importante hidrops fetal. Se inicia tratamiento con digoxina (impregnación fetal mediante cordocentesis y mantenimiento vía transplacentaria). Se mantiene la misma situación fetal, con una pequeña línea de derrame pericárdico fetal, por lo que se añade al tratamiento materno sotalol para conseguir cardioversión. Tras una semana de tratamiento se consigue una frecuencia cardiaca fetal de 120 lpm, en ritmo sinusal, con rachas de taquicardia auricular con bloqueo auriculoventricular variable. Va disminuyendo el hidrops fetal, manteniéndose el mismo tratamiento materno. En la semana 34 se indica cesárea por preeclampsia. El recién nacido presenta un Apgar 5/7, reanimación tipo III. Se ingresa en UCIN para monitorización cardiaca continua, manteniendo en todo momento ritmo sinusal a 130-150. Nace muy edematoso, disminuyendo mediante restricción hídrica y furosemida en bolos. En las primeras horas de vida presenta distrés respiratorio con edema pulmonar moderado, por lo que se instaura CPAP nasal durante 36 horas. Posteriormente comienza con ictericia progresiva en aumento, con aumento de bilirrubina total y directa, junto a elevación de transaminasas. Gammagrafía sospechosa de atresia de vías biliares, que se descarta mediante colangiografía retrógrada. La biopsia hepática demuestra hepatitis neonatal idiopática, que se resuelve clínicamente en 3 meses.

**Conclusión:** El flutter auricular es frecuente dentro de las taquiarritmias fetales. Su complicación con hidrops fetal influye negativamente en la respuesta al tratamiento, y ensombrece el pronóstico. La primera opción terapéutica es la digoxina, asociando sotalol si no hay respuesta. En los casos que han sobrevivido a un hidrops fetal no es infrecuente la aparición de colestasis, llegando incluso a producir fracaso hepático, aunque suele evolucionar favorablemente.

### P327

#### TUMORES CARDIACOS PRIMARIOS EN LA INFANCIA

Antonio Sánchez Andrés, María Maravall Llagaria, Beatriz Insa Albert, Ana Cano Sánchez, José Ignacio Carrasco Moreno, Amparo Moya Bonora, José Miguel Sáez Palacios

Sección de Cardiología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

**Introducción:** Los tumores cardiacos primarios son muy poco frecuentes en la edad pediátrica 0,0017% y el 0,28%. Más del 90% son de naturaleza benigna. La variedad más frecuente es el rabdomioma, asociado en más del 60% de los casos con esclerosis tuberosa, seguido por el fibroma.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de historias clínicas con diagnóstico de tumor cardiaco primario entre Marzo de 1977 y Enero de 2006, encontrando un total de 24 pacientes.

**Resultados:** La edad de diagnóstico varió desde la época prenatal (7 casos) hasta los 15 años, siendo más frecuente el diagnóstico inicial neonatal (9 casos). No hubo diferencias en la distribución por sexos. Los motivos de consulta postnatal fueron soplo cardiaco en 9 casos (37,5%), completar estudio diagnóstico de esclerosis tuberosa en 5 casos (20,8%) y en los 3 pacientes restantes por arritmia, cianosis y dificultad respiratoria respectivamente. En 12 pacientes se encontró cardiomegalia en la radiografía de tórax. De acuerdo con las características ecocardiográficas se diagnosticaron 19 rabdomiomas (en 13 casos eran múltiples), 4 fibromas y un teratoma pericárdico. La mayor parte se localizan en el ventrículo izquierdo. Además, se realizó cateterismo cardiaco en 3 casos y angioresonancia en 5 casos. Se constataron un total de 14 arritmias en 8 pacientes (33,3%). Se realizó cirugía en 5 pacientes en los que se obtuvo el diagnóstico anatómico-patológico. La mortalidad inicial de causa cardiológica fue de 3 pacientes (12,5%). El 73,6% de casos con rabdomiomas presentaba o desarrolló esclerosis tuberosa. En la mayoría de los rabdomiomas (12 casos) se produjo regresión e incluso desaparición completa.

**Conclusiones:** Se evidencia su baja prevalencia en la infancia. El rabdomioma es el tumor más frecuente y se asocia en el 73,5% de casos a esclerosis tuberosa. El diagnóstico es más frecuente en el periodo neonatal precoz tras la auscultación de un soplo cardiaco y la ecocardiografía la técnica diagnóstica de elección, siendo de menor utilidad que en los adultos otras técnicas de imagen como la angioresonancia. La aparición de la ecocardiografía fetal permite descubrirlos precozmente. El curso es benigno en la mayoría, con tendencia a la regresión en los rabdomiomas. Debe vigilarse la aparición de arritmias durante su evolución. Se requirió cirugía en los casos con síntomas severos, por obstrucción en los tractos de salida ventricular.

### P328

#### TRATAMIENTO DE LA COARTACIÓN DE AORTA, REVISIÓN DE 18 AÑOS

Marta Suau Anechina, Juan Ignacio Zabala Argüelles, Victorio Cuenca Peiró, Manuel Ferreira Mur, Custodio Calvo Macías, Antonio Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** La Coartación de Aorta (CoA) es una cardiopatía congénita consistente en una lesión obstructiva de la aorta torácica, puede ser simple o asociar otras anomalías cardiacas. Existen muchas técnicas para su corrección: resección y anastomosis termino-terminal (T-T), anastomosis T-T extendida, aor-

10:05

10:00

10:10

toplastia con flap de subclavia (Waldhausen), técnica de Tellez-Mendoça o aortoplastia con parche. Otra opción terapéutica es la angioplastia percutánea con balón.

**Material y métodos:** Se han revisado todos los pacientes con diagnóstico de CoA atendidos en nuestro centro entre Enero de 1985 y Diciembre de 2003. El grupo I lo componen 90 niños < 1 mes con una media de edad de  $7,8 \pm 6,8$  días. El grupo II (28 niños) entre 1 y 12 meses con una media de  $3,5 \pm 2,85$  meses. Los mayores de 12 meses hasta los 13 años constituyen el grupo III (21 niños) con una media de  $54,42 \pm 42,31$ .

**Resultados:** Se han revisado 139 niños con diagnóstico de CoA, de los cuales 90 eran varones y 49 mujeres. En el grupo I se han realizado 71 intervenciones quirúrgicas, la técnica más empleada ha sido la aortoplastia con flap de subclavia en un 66,1%. Se dilatan con balón 2 CoA. Se producen complicaciones en un 28,8% de los pacientes que sobreviven. Las más frecuentes son las infecciones. La reestenosis ocurre en un 39,7% de los casos. La mortalidad global es del 21%, siendo la postoperatoria del 13,6%. En el grupo II se realizan 20 intervenciones quirúrgicas (74%), la técnica más empleada es el Waldhausen (75%). Se llevan a cabo 7 dilataciones con balón (25%). En un 22,2% de los pacientes intervenidos se producen complicaciones, HTA postquirúrgica, ICC e infecciones. Se recoartan 3 pacientes (10,7%), 1 de ellos tras técnica de Tellez-Mendoça y 2 tras angioplastia. Se produjo un fallecimiento previo a la actuación terapéutica. En la actualidad 2 pacientes presentan HTA en tratamiento. En el grupo III se realizan 5 intervenciones quirúrgicas (26,3%) y en el 73,6% angioplastia primaria. *Como complicaciones:* en un caso disección del arco aórtico, en otro celulitis y en otro dilatación aneurismática, todas ellas tras angioplastia. Un caso de HTA posquirúrgica tras técnica de Waldhausen. Tras angioplastia se recoartan un 28%. No se produce ningún fallecimiento en este grupo.

**Discusión:** La angioplastia con flap de subclavia obtiene muy buenos resultados con una tasa de recoartación del 28%. Se han obtenido buenos resultados con la angioplastia con balón incluso en los < 1 mes. La intervención precoz evita la HTA posquirúrgica.

## CUIDADOS INTENSIVOS

### Hall 1

P329

09:00

#### ANÁLISIS DE LAS PATOLOGÍAS EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO EN ASTURIAS

Cristina Molinos Norriella, Corsino Rey Galán, Gonzalo Solís Sánchez, José Alberto Medina Villanueva, María Fernández Díaz, M. Nuria Fernández González

Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias) y Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Antecedentes y objetivos:** La complejidad del transporte interhospitalario aumenta debido a la diversidad de patologías que se deben atender, ya que el abanico de enfermedades tanto médicas como quirúrgicas es muy amplio. En la mayoría de los trabajos se describen como causas más frecuentes de traslados las patologías respiratorias y neurológicas. El objetivo del estudio era conocer las patologías de los pacientes trasladados en nuestra comunidad.

**Métodos:** Estudio prospectivo y multicéntrico de todos los niños trasladados entre los hospitales en Asturias durante un año.

**Resultados:** En el año 2003 se indicaron 798 traslados interhospitalarios en Asturias. El 39,0% (291) por patología quirúrgica (no traumática, cardíaca ni neoplásica), el 24,3% (194) por lesiones traumáticas y el 36,7% (313) por problemas de tratamiento médico mayoritariamente. De estos últimos, la causa infecciosa (11,0%, 88) fue la más frecuente, seguida de la respiratoria (7,6%, 61), digestiva (4,6%, 37), neurológica (3,8%, 30), cardíaca (3,0%, 24), metabólica-renal (1,9%, 15) y otras (7,3%, 58). En la distribución de las patologías según el medio de transporte, las más frecuentemente trasladadas, tanto por medios familiares como en ambulancia, fueron las patologías quirúrgica (35,9% y 49,6% respectivamente), y traumática (28,4% y 22,2%, respectivamente). Respecto a la patología trasladada en UVI móvil, lo más frecuente fue la respiratoria (25,7%), seguida de la traumática (15,0%). En el subgrupo de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátrica la patología más frecuente fue la respiratoria (23%), seguida de la neurológica (18,9%), infecciosa (17,6%), traumatológica (13,5%) y quirúrgica (9,5%). En el grupo de los neonatos ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales, la patología más frecuente fue la quirúrgica (33,3%), seguida de la respiratoria (31,1%) y la cardíaca (26,7%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio son más frecuentes las patologías quirúrgica y traumática, frente a las respiratorias y neurológicas de otros trabajos, ya que los servicios de cirugía infantil, neurocirugía y cirugía plástica y reparadora, están centralizados en el Hospital Central Universitario de Asturias. Dentro de la patología médica, las causas más frecuentes son la infecciosa seguida de la respiratoria.

### P330

09:05

#### EL USO DE FLUIDOS ISOTÓNICOS COMO MANTENIMIENTO PREVIENE LA HIPONATREMIA INTRAHOSPITALARIA Y NO PRODUCE HIPERNATREMIA. ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO ABIERTO

Pablo Álvarez Montañana, Amaya Pérez Ocón, Vicent Modesto i Alapont, Ester Torres Martínez

UCI Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

**Introducción:** Las soluciones hipotónicas se utilizan de forma universal en pediatría como fluidos de mantenimiento. Se ha sugerido que su uso podría inducir hiponatremia iatrogénica, que podría condicionar lesiones neurológicas permanentes e incluso muertes por edema cerebral. Hemos diseñado un experimento para demostrar que la hiponatremia intrahospitalaria puede prevenirse usando fluidos isotónicos comprobando si conlleva riesgo de hipernatremia.

**Ámbito:** Pacientes ingresados en la UCI pediátrica de tercer nivel.

**Métodos:** Ensayo prospectivo controlado aleatorizado y abierto. Se incluían todos los niños ingresados en la UCI que precisaban fluidoterapia de mantenimiento salvo aquellos con edad inferior a 28 días de vida, insuficiencia renal crónica o aguda, riesgo de edema cerebral o deshidratación. Los pacientes eran aleatorizados (secuencia oculta por bloques balanceados desiguales) en 2 grupos: grupo I (Isotónico), fluidos de mantenimiento con 139mEq/L de sodio y grupo H (Hipotónico), los fluidos habituales en nuestra UCIP (Na = 30-70 mEq/L). El volumen

total diario se estableció según la regla de Holliday y Segar de 1956. Los criterios de salida del ensayo fueron  $[Na] > 160$  mEq/L o  $< 125$  mEq/L, o retirada de los fluidos iv. Se medía iones en sangre al ingreso y a las 24h, e iones y creatinina en sangre y orina a las 6h. Se definió hiponatremia (HNa) como  $[Na] < 136$  mEq/L. Se ha realizado análisis estadístico clásico con nivel de significación al 5% y análisis bayesiano.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 40 niños, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (ES) entre ambas cohortes al principio del estudio.

Grupo	[Na]s inicio	[Na]s 6h	%HNa 6h	[Na]s 24h	%HNa 24h
H (n = 22)	136,32 ± 3,5	135,86 ± 7,1	52,4	133,67 ± 5,0	66,7
I (n = 18)	135,94 ± 4,1	135,86 ± 3,6	43,8	137,67 ± 3,2	12,5
Nivel p	0,944	0,999	0,603	0,067	0,028

No encontramos diferencias ES en el resto de las variables. Se estimó que la probabilidad de hipernatremia en el grupo I era inferior a 0,0001.

**Conclusiones:** 1) Los fluidos hipotónicos inducen hiponatremia iatrogénica, 2) Los fluidos isotónicos evitan la aparición de hiponatremia iatrogénica y no inducen hipernatremia, 3) Debería replantearse la solución electiva para fluidoterapia de mantenimiento en niños.

### P331

09:10

#### ¿HIPERTERMIA MALIGNA TRAS CIRUGÍA CARDIACA?

María José Martínez Roda, Fernando Ferreira Pérez, Jesús Brea Páez, María Teresa Sánchez Valderrábanos, Antonio Romero Parreño, Elena Mellado Troncoso, Isabel Lucía Benítez Gómez, Juan Antonio García Hernández, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La hipertermia maligna es un estado hipermetabólico agudo e incontrolado del músculo esquelético que conduce a un aumento del metabolismo anaerobio con incremento del consumo de O<sub>2</sub> y rabdomiolisis. Su frecuencia es escasa en niños y la mortalidad elevada antes del uso de dantroleno. Se asocia al uso de determinados agentes anestésicos (gases y relajantes musculares) y a enfermedades neuromusculares.

**Caso Clínico:** Niño de 2 años con antecedentes personales de canal AV completo con CIV posterior pequeña, que se interviene con circulación extracorpórea, mediante cierre de CIA *ostium primum* con parche de pericardio autólogo, cierre de cleft mitral y cierre de CIV con puntos. En el postoperatorio inmediato presenta fiebre alta ( $> 41^{\circ}\text{C}$ ) con escasa respuesta a anti-térmicos y crisis convulsivas generalizadas de repetición (revulsión ocular e hipertonia de los 4 miembros), que precisan medicación anticonvulsivante, tratamiento anti-edema cerebral iv, reintubación y conexión a ventilación mecánica. Evoluciona hacia fracaso multiorgánico con afectación respiratoria, cardíaca, renal, hepática, hematológica y neurológica, manteniéndose la fiebre, con varios hemocultivos negativos. Se constata elevación de CPK ( $> 20.000$  UI/ml), troponina (1,88 ng/ml), mioglobina (8040 ng/ml), enzimología hepática (GOT 665 UI/L, GPT 660 UI/L) y bilirrubina total (1,32 mg/dl). Se decide iniciar tratamiento intravenoso con dantroleno y se mantiene durante

3 días. A las 48 horas de iniciar el tratamiento desaparece la fiebre y disminuyen progresivamente los niveles de CPK, troponina, enzimas hepáticas, bilirrubina y mioglobina. Se normalizan la función cardíaca, respiratoria, hematológica y renal así como los niveles de CPK (120 UI/L), mioglobina (25 ng/ml), bilirrubina total (0,5 mg/dl), troponina ( $< 0,1$  ng/ml); persistiendo transaminasas elevadas (GOT UI/L y GPT 176 UI/L) pero en descenso y, afectación neurológica en recuperación.

**Comentarios:** Presentamos este caso por la rareza de su presentación, elevada mortalidad similitud con el estado de hipertermia maligna y su evolución favorable tras el tratamiento con dantroleno.

### P332

09:15

#### LA BRONQUIOLITIS EN UNA UCI PEDIÁTRICA DURANTE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

M. Teresa Viadero Ubierna, José Luis Teja Barbero, Ángeles de Celis Álvarez, Ainhoa Andueza Arce, M<sup>a</sup> Soledad Holanda Peña, Álvaro Castellanos Ortega, Elena Güemes Veguillas  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

**Introducción:** La bronquiolitis es la causa más frecuente de infección respiratoria en el primer año de vida. Ocasionalmente la gravedad de la afectación respiratoria es de tal magnitud que requiere ingreso en unidades de cuidados intensivos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de bronquiolitis e ingresados en UCIP durante los últimos 15 años (1991-2005), recogiendo datos epidemiológicos y clínicos, así como los medios diagnósticos y los tratamientos utilizados.

**Resultados:** 100 casos (60 niños y 40 niñas); la edad media de presentación fue de 3,6 meses; el 60% tenían 3 meses o menos al ingresar. 69% de los casos ingresaron durante los meses de diciembre, enero y febrero. Existía antecedente de prematuridad en el 34,3% de las bronquiolitis y en un 25% existía alguna enfermedad asociada (neurológica, cardiológica o respiratoria). La puntuación media de la escala de Downes fue de 4,64 y de 6,39 en los que precisaron ventilación mecánica. El motivo de ingreso en la UCI fue en todos los casos la dificultad respiratoria con aumento del trabajo respiratorio, existiendo en 90 casos un cuadro catarral prodrómico. Desde que comenzó la clínica, el tiempo medio hasta la llegada a la UCI fue de 87 horas. El retraso medio en ingresar en UCI desde el momento del ingreso en el hospital fue de 21,9 horas, teniendo en cuenta que 27 ingresaron directamente desde urgencias. El hallazgo más frecuente en el hemograma fue la leucocitosis (72%) con linfocitosis. En 57 de los casos se realizó la determinación de Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y fue positiva en el 74 % de ellos. La radiología de tórax mostró hiperinsuflación en 65 casos constituyendo el hallazgo más frecuente. Todos los niños precisaron oxígeno suplementario y 18 necesitaron ventilación mecánica durante un tiempo medio de 6,4 días como soporte de la función respiratoria. Las complicaciones pulmonares más frecuentes fueron la atelectasia (41%) y la neumonía (15%).

**Conclusiones:** La presentación de las bronquiolitis es habitual en los meses invernales. Es frecuente un retraso en el ingreso en UCI desde el comienzo del proceso. La evolución de las que ingresan en UCI es generalmente buena, incluso en las que precisan ventilación mecánica. No hubo mortalidad en la serie revisada.

### P333 09:20 INFARTO CEREBRAL SECUNDARIO A INSUFICIENCIA MITRAL

Isabel Lucía Benítez Gómez, Inmaculada Guillén Rodríguez, José Domingo López Castilla, Julio Salvador Parrilla Parrilla, Elia Sánchez Valderrábanos, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La incidencia de los accidentes cerebrovasculares (AVC) se estima entorno a 10/100.000 niños y año. La etiología es múltiple; pero la patología cardíaca es de las más frecuentes en la población infanto-juvenil.

**Caso clínico:** Lactante de 11 meses sin antecedentes de interés que, tras un cuadro catarral en los días previos, comienza con irritabilidad y decaimiento seguido de hemiplejía izquierda con desviación de la comisura bucal y de la mirada hacia la derecha. A la exploración presenta afectación del estado general con obnubilación y tendencia al sueño, Glasgow 12-13/15. Pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz con lateralización de la mirada a la derecha. Parálisis flácida de hemicuerpo izquierdo y parálisis facial izquierda. RMP exaltados. Babinsky izquierdo positivo. Respiración eupneica, sopló sistólico II/IV en mesocardio. Resto normal. En la TAC craneal se detecta zona de probable infarto no hemorrágico frontoparietal derecha con edema perilesional en el territorio de la arteria cerebral media. En el EEG aparecen signos de afectación cerebral generalizada de grado moderado, de más intensidad en hemisferio derecho. El estudio de coagulación y trombofilia es normal a excepción de la elevación de dímeros D (438). En la RMN se observa un extenso defecto de difusión en territorio de la arteria cerebral media compatible con infarto. En la radiografía de tórax existe un ICT de 0,53. En la ecocardiografía transesofágica se observa insuficiencia mitral moderada-severa por dilatación del anillo mitral y ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con contractilidad normal. Derrame pericárdico leve. Compatible con miopericarditis aguda. Desde el ingreso se trató con dexametasona y tras los hallazgos en la ecografía se inicia tratamiento con antiagregantes, anticoagulantes y vasodilatadores. La evolución de la paciente fue favorable con ligera mejoría de la hemiparesia. El diagnóstico al alta fue AVC isquémico e insuficiencia mitral secundaria a dilatación cardíaca de probable etiología infecciosa.

**Comentarios:** 1) Aunque el 50% de los AVC son secundarios a cardiopatías, presentamos este caso debido a su rareza en la infancia y adolescencia. 2) En nuestro caso, pensamos en la etiología tromboembólica a pesar de la no detección ecocardiográfica de trombos intracardiácos. 3) Es preciso realizar guías consensuadas de prevención y tratamiento ya que el 50% de los supervivientes tienen secuelas.

### P334 09:25 EFICACIA Y SEGURIDAD DE ADENOSINA VERSUS AMIODARONA EN EL TRATAMIENTO DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Tomás Goñi González, Isabel Lucía Benítez Gómez, David Cervantes Chirino, María José Martínez Roda, Juan Antonio Souto Rubio, Julio Salvador Parrilla Parrilla, Miguel Muñoz Sáez, José Domingo López Castilla, Antonio Romero Parreño, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas, Sevilla.

**Antecedentes y objetivos:** La taquicardia supraventricular (TSV) es el trastorno del ritmo más frecuente en la infancia.

Nuestro objetivo es comparar la eficacia y seguridad de adenosina frente a amiodarona en el tratamiento de la TSV.

**Métodos:** Se realiza estudio prospectivo de 151 casos de TSV ingresados entre Febrero de 1993 y Diciembre de 2005. Se asignaron los casos de forma aleatoria a 2 grupos de tratamiento: grupo A (adenosina) y grupo B (amiodarona). En el grupo A se incluyeron 71 casos. Se les administró adenosina, en bolo intravenoso rápido a dosis inicial de 0,05 mg/kg, que se repitió a dosis crecientes hasta un máximo de 0,3 mg/kg, en caso de no revertir. En el grupo B se incluyeron 80 casos. Se les administró amiodarona en bolo intravenoso lento, a 5 mg/kg, que se repitió a los 15 minutos en caso de no respuesta. El tratamiento se consideró eficaz si se consiguió revertir la TSV a ritmo sinusal. Se realizó análisis estadístico de homogeneidad de grupos y comparativo de resultados, en cuanto a eficacia, efectos secundarios y recurrencia.

**Resultados:** En el grupo A el tratamiento fue eficaz en 56 casos (79%). La dosis media eficaz fue de  $0,15 \pm 0,06$  mg/kg. El tiempo de respuesta fue inferior a 60 segundos en todos los casos. Observamos efectos secundarios en 14 casos (20%). Presentaron recurrencia de la TSV en un período inferior a una hora 13 casos (18%). En el grupo B se revirtió la TSV en 69 casos (86%). La dosis media eficaz fue de  $7,15 \pm 3,35$  mg/kg. El tiempo medio de respuesta fue de  $21,24 \pm 19,63$  minutos. Observamos efectos secundarios en 10 casos (12%) y recurrencia de la TSV en 7 (9%). El análisis estadístico demostró que ambos grupos son homogéneos en cuanto a edad, frecuencia cardíaca y tipo de TSV. Aunque en el grupo B se observó mayor eficacia, menos efectos secundarios y menos recurrencias, el análisis estadístico de los resultados nos indica que no existen diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Adenosina y amiodarona son fármacos eficaces en el tratamiento de la TSV. Amiodarona tiene mayor eficacia y seguridad, aunque sin significación estadística. Adenosina tiene como ventaja su mayor rapidez de acción.

### P335 09:30 PERSONAL Y VEHÍCULO EMPLEADOS PARA EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO EN ASTURIAS

Cristina Molinos Norniella, Gonzalo Solís Sánchez, Corsino Rey Galán, Sergio Menéndez Cuervo, Cristina Menéndez Arias, José Luis Matesanz Pérez

Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias) y Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Antecedentes y objetivo:** En Asturias no existe una estructura específica para la organización y la realización de los traslados neonatales y pediátricos. El objetivo es describir las características del transporte pediátrico interhospitalario en cuanto al vehículo empleado y personal acompañante.

**Métodos:** Estudio prospectivo y multicéntrico de todos los traslados secundarios pediátricos realizados en Asturias durante un año.

**Resultados:** De los 795 traslados, 395 (49,7%) se realizaron en vehículo propio, 266 (33,5%) en ambulancia convencional, 113 (14,2%) en UVI móvil, uno (0,1%) en helicóptero, y en 20 casos (2,5%) se desconoce. En la distribución de vehículos de transporte por grupos de edad se encontró que a menor edad mayor era el porcentaje de transportes en UVI móvil y menor en vehículo propio ( $p < 0,001$ ). Hubo diferencias entre los distintos centros emisores respecto al vehículo empleado, los cen-

tros privados y el único centro público sin pediatría fueron los que más emplearon el vehículo particular. Respecto al personal, de los 380 traslados realizados en vehículo sanitario el 69,7% (265) llevaba una enfermera (de ellas 105 tenían experiencia en pediatría, 86 no la tenían y en 74 no se conocía la experiencia). El 30% (114) de los traslados en vehículo sanitario llevaba médico: 37 (32,5%) pediatras, 35 (30,7%) del Servicio Asturiano de Medicina de Urgencias, 18 (15,8%) MIR de pediatría, 16 (14,0%) adjuntos de urgencias, y 8 (1,7%) otros. La presencia de personal sanitario en los traslados variaba mucho de un centro a otro.

**Conclusiones:** Prácticamente la mitad de los traslados interhospitalarios se hacen en vehículo propio, por lo que convendría analizar su idoneidad. Casi un tercio de los traslados en vehículo sanitario no llevaban personal y en el que lo llevaban sería deseable un mayor porcentaje de enfermeras y médicos con experiencia en pediatría.

### P336 09:35

#### CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UNA UCIP.

**PARTE II: EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES**  
Alfredo Tagarro García, Paloma Dorao Martínez-Romillo, Rocío Tapia Moreno, Santiago Moraleda, Teresa Moreno, Paz López, Francisco Javier Ruza Tarrío

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** En los últimos años ha crecido la preocupación en torno a los cuidados al final de la vida en la UCIP. Estudios en EEUU han identificado problemas y prioridades en estos niños y en sus familias, pero hasta ahora ninguno lo ha hecho en nuestro país.

**Objetivos:** Evaluar los cuidados al final de la vida proporcionados en nuestra UCIP por parte del personal sanitario (parte I) y del personal sanitario (parte II).

**Métodos:** Se contactó con los padres de niños fallecidos en 2001, 2002 y 2003 y se les ofreció una entrevista personal o rellenar un cuestionario. Se diseñó un cuestionario con 50 preguntas de 5 opciones y 10 abiertas para analizar los cuidados proporcionados habitualmente a niños que fallecen en cuanto a la información, los problemas durante el ingreso en UCIP, el momento del fallecimiento y el apoyo ofrecido a las familias.

**Resultados:** Se recogieron 25 cuestionarios o entrevistas (padres del 30% de los niños). La información fue calificada entre 1 (excelente) y 5 (muy mala) con una media de 3. Lo puntuaron significativamente mejor que el personal en comprensibilidad y coherencia e información sobre el pronóstico, siendo más críticos los padres de niños crónicos y <1 año. El 62% piensa que el tiempo de visita es insuficiente, el 60% fue informado del fallecimiento inminente por un médico que no conocían bien, y de forma que juzgan inadecuada. El 55% se imaginaron que iba a fallecer antes de ser informados de la posibilidad. El 70% no tiene miedo de tocar a sus hijos. El 52% estuvo junto a su hijo al morir. Al contrario de lo que cree el personal, el 76% cree positivo estar presente en el fallecimiento de sus hijos, y ninguno se arrepintió. El 33% recibió apoyo psicológico y el 50% del total cree que no le hubiera ayudado.

**Discusión:** Este estudio saca a la luz datos positivos y demandas en torno a los cuidados al final de la vida. Es necesario re-

plantear el modo en que se informa, con un solo portavoz, y hay que anticipar la idea del fallecimiento inminente. También se replantea el papel de la familia, con mayor participación. El personal tiene algunos conceptos equivocados con respecto a lo que desean los familiares, y es oportuno preguntarles para conocer sus preferencias sobre apoyo emocional, contacto posterior, etc.

### P337 09:40

#### ANEMIA AGUDA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

José M. Rumbao Aguirre, Juan Luis Pérez Navero, Cristina Herráiz Perea, Pedro López Cillero, Juan José Olías Gutiérrez-Barea, Manuel A. Frías Pérez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El abuso físico de los niños es un grave problema actual acuñado desde el 1962 como síndrome de maltrato infantil, incluyendo abuso físico, sexual, psicológico así como negligencia paterna. Su prevalencia se estima en un 3% de la población de menos de 18 años, presentando en una gran proporción lesiones amenazantes para la vida o incluso fallecimiento. Dada su trascendencia comunicamos un caso reciente de una niña de 2 años que consultó en el Servicio de Urgencias por depresión del sensorio y anemia aguda.

**Exploración física:** Ingresó en UCIP con MEG, palidez de piel y mucosas, mala perfusión central y periférica. FC 160 lpm. TA 50/35 mmHg. GCS 14/15. Presenta hematomas y contusiones en diferentes estadios evolutivos, en dorso asemejando la forma de una mano, en región lumbosacra, glúteos, e hipocondrio derecho. Abdomen contracturado, con defensa a la palpación. Cicatrices en extremidades.

**Evolución:** Anemia aguda (Hb 4,7 gr/dl) y cuadro de shock hipovolémico. Se indica cateterización central, intubación nasotraqueal y ventilación asistida. Expansión de volumen, transfusión de concentrados de hematíes y apoyo inotrópico. En ecografía abdominal se objetiva líquido libre, distensión de estómago y asas intestinales. En TAC de toracoabdominal se aprecia contusión pulmonar en ambos hemitórax, gran hemoperitoneo con estallido y desgarró hepático fundamentalmente en lóbulo hepático derecho. Aorta y vena cava colapsadas. Se realizó laparotomía confirmándose hemoperitoneo traumático hepático grado IV con fractura hepática de los segmentos 7 y 8, desgarró de la vena suprahepática derecha, fractura esplénica y hematoma retroperitoneal. Durante la intervención presenta en dos ocasiones parada cardio-respiratoria de las que se recupera. Se practicó resección de los segmentos hepáticos VI, VII, VIII y packy esplénico. En el postoperatorio presento edema pulmonar y derrame pleural así como coagulopatía severa. Al alta de UCIP permanecía estable sin secuelas neurológicas.

**Comentarios:** La presencia de hematomas en diferentes estadios evolutivos en las partes protegidas del cuerpo y la forma de estos en huellas dactilares deben de hacer sospechar un abuso físico continuado. El diagnóstico precoz de este síndrome y de sus complicaciones así como la agresividad terapéutica especialmente en el trauma abdominal evita una mayor morbimortalidad de este tipo de pacientes.

**P338** **09:45**  
**BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO EN PACIENTE CON SHOCK CARDIOGÉNICO POST CIRUGÍA EXTRACORPÓREA**

Juan J. Gilbert Pérez, María Jesús Balboa Vega, José M<sup>a</sup> Dueñas Jurado, Manuel A. Frías Pérez, Ignacio Ibarra de la Rosa, Susana Jaraba Caballero, Esther Ulloa Santamaría, M. José Velasco Jabalquinto, Juan Luis Pérez Navero  
 Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Objetivos:** El balón de contrapulsación intraórtico (BCIA) aumenta la presión arterial media y el índice cardiaco, mejorando la perfusión coronaria y sistémica con una reducción del trabajo ventricular izquierdo y del consumo miocárdico de oxígeno. Su principal indicación es el shock cardiogénico con disfunción ventricular izquierda reversible no susceptible de tratamiento quirúrgico, como puente a la recuperación o al trasplante cardiaco. Pese a su eficacia demostrada en pacientes adultos, su empleo no está extendido en el paciente pediátrico.

**Caso clínico:** Paciente de 13 años, con cirugía de Glenn a los 5 años por atresia tricuspídea más D-TGA, que desarrolla cuadro de disfunción miocárdica en el postoperatorio de cirugía de Fontan (conexión cavopulmonar con conducto extratorácico de goretex de VCI a AP, al que se practica fenestración de 5 mm). La evolución postoperatoria es desfavorable, con signos de bajo gasto y aumento de las presiones auriculares y del circuito pulmonar. Pese a instaurar tratamiento con altas dosis de inotrópicos (adrenalina, dobutamina, dopamina y noradrenalina), la administración de NO inhalado y de epoprostenol en perfusión, la paciente desarrolla shock cardiogénico con disfunción multiorgánica progresiva. El cuadro se ve agravado por la instauración de una taquicardia nodal, a unos 140 l/m, que no responde a hipotermia ni tratamiento antiarrítmico. Al 5º día del postoperatorio se decide su inclusión en lista de trasplante en código urgente y la implantación de un BCIA. Se utiliza un balón Arrow® de 30 cc, con sincronización 1:1. La paciente se estabiliza, mejorando la perfusión tisular y los signos de disfunción multiorgánica. 24 horas más tarde se procede a la dilatación de la fenestración y la implantación de un marcapasos bicameral secuencial. La evolución posterior es favorable, propiciando su salida de la lista de trasplante cardiaco y la retirada del BCIA a las 72 horas, sin que se observaran complicaciones derivadas de su uso. En la actualidad presenta insuficiencia cardiaca residual controlada con tratamiento médico.

**Comentarios.** El BCIA es una alternativa válida al trasplante en el manejo del fallo ventricular sistémico pediátrico refractario. Su principal limitación deriva de su tamaño, aunque está descrita su inserción hasta en recién nacidos. Es previsible que el desarrollo tecnológico actual permita ampliar su uso en la edad pediátrica.

**P339** **09:50**  
**PERICARDITIS CONSTRICTIVA PURULENTO SECUNDARIA A PERFORACIÓN ESOFÁGICA**

Ana Coca Pérez, M. Isabel Martos Sánchez, Elena Álvarez Rojas, César Pérez-Caballero Macarrón, José Luis Vázquez Martínez, Luis Fernández Pineda, Natalia Ramos Sánchez, Ángel Carrillo Herranz, Alfonso Pérez Palomino  
 UCIP del Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Se define pericarditis purulenta como la infección localizada en espacio pericárdico que produce líquido purulento (macro-microscópico). Su gravedad viene determinada por el riesgo de

desarrollar taponamiento cardiaco y constricción subaguda. Suele tener un curso agudo con fiebre, taquicardia, dolor torácico y tos. El diagnóstico suele ser tardío y sólo se consigue premortem en el 10-20% de los casos. La pericarditis purulenta secundaria a perforación esofágica es de curso devastador, con una supervivencia alrededor del 17%. Presentamos el caso de una niña de 12 años con antecedentes de: atresia esofágica tipo III corregida mediante anastomosis término-terminal con 8 horas de vida; esofagitis severa por RGE corregido con funduplicatura de Nissen y piloroplastia con 18 meses; estenosis esofágica con dilatación pre-estenótica y esófago corto; taquicardia de la unión A-V; y escoliosis toraco-lumbar. Ingresa en UCIP a los 9 días de haberse realizado artrodesis instrumentalizada de la columna de T2-L4 por vía posterior con dificultad respiratoria de 24 horas de evolución, dolor y distensión abdominal progresiva, edemas generalizados y marcada astenia y anorexia, sin referir síndrome febril. Se diagnóstico de pericarditis aguda por hallazgos clínicos de roce pericárdico y EKG sugestivo. A los doce días del ingreso se realiza pericardiectomía por engrosamiento pericárdico progresivo y aparición de signos de constricción. Los hallazgos intraoperatorios fueron de un pericardio engrosado (> 1cm) y líquido purulento, con sangre. En el cultivo crecieron microorganismos sugestivos de flora digestiva: *prevotella*, *streptococcus viridans* y *candida albicans*. En el examen anatomo-patológico se hallaron fibras vegetales en pericardio. Ante la evidencia de perforación esofágica se realizó un tránsito digestivo a los 8 días de la pericardiectomía donde no se objetivó extravasación de contraste, observándose afilamiento del esófago a 4 cm de carina sin paso de contraste a estómago. El postoperatorio fue tórpido marcado por cuadro de shock séptico. Tras tratamiento antibiótico prolongado, drenaje pericárdico, nutrición mixta parenteral y por gastrostomía, fue dada de alta al domicilio a los 72 días del ingreso. El tránsito digestivo previo al alta mostraba una estenosis esofágica y bolsón preestenótico con buen paso de contraste a zona post-estenótica. Actualmente mantiene alimentación oral normal.

**P340** **09:55**  
**ASOCIACIÓN DE GALACTOSEMIA Y HEMOCROMATOSIS NEONATAL. UN CASO EXCEPCIONAL**

Juan José Menéndez Suso, Alfredo Tagarro García, Ignacio Rodríguez, Ana Sancho Martínez, Miguel Ángel Delgado Domínguez, Francisco Alvarado García

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid y Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** El fallo hepático agudo neonatal (FHAN) es un diagnóstico poco frecuente pero con frecuencia mortal (50%). La galactosemia y la hemocromatosis neonatal son dos de las causas más frecuentes, sin embargo la presentación de ambos trastornos en un mismo paciente, como en el caso que describimos, es un hecho nunca antes descrito.

**Resultados:** RN a término hijo de padres no consanguíneos y producto de una gestación controlada. A los 8 días de vida ingresa por ictericia, detectándose ITU por *E. coli* y disfunción hepática. Se sospecha galactosemia que se confirma tras estudio enzimático (actividad deficitaria de galactosa-1-fosfato uridil transferasa 0,03 mmol/h por g. Hb; VN: 23 ± 6), demostrando el análisis genético homocigosis para la mutación Q188R (forma clásica de la enfermedad). Se da de alta con dieta exenta de lactosa. A los 45 días de vida, y sin antecedente de trasgresión die-

tética, sufre un episodio de shock séptico por *E. coli* con fallo multiorgánico. En este contexto se desencadena un fallo hepático grave, con encefalopatía hepática grado III-IV y síndrome hepatorenal tratado con diálisis peritoneal (DP). A los 68 días de vida se traslada a nuestra UCI para valorar trasplante hepático. En el estudio inicial destaca una marcada elevación de ferritina (1551 ng/mL; VN: 30-300). A las pocas horas del ingreso, por deterioro respiratorio requiere intubación y VMC. Por oligoanuria mantenida y fracaso de la DP, se instaura hemofiltración venovenosa continua. En situación de fallo hepático terminal (GOT/GPT 110/83, actividad protrombina 23%, hiperamonemia 311 mcg/dL) se aplica depuración extrarrenal con diálisis continua con albúmina (MARS), que mantiene al paciente hemodinámica y metabólicamente estable (amonio 150 mcg/dL). A los 5 días del ingreso presenta crisis convulsiva generalizada, encontrándose actividad tipo "burst-suppression" en el EEG y marcado edema cerebral en el TC, el cual condujo a su fallecimiento. Los hallazgos del estudio necrópsico son compatibles con el diagnóstico de hemocromatosis neonatal, con depósito de hierro multivisceral (hígado, páncreas, tiroides, estómago).

**Conclusiones:** Presentamos el primer caso de FHAN en el que coinciden en el mismo paciente galactosemia y hemocromatosis neonatal. Se están llevando a cabo estudios de ligamiento genético con el objeto de intentar identificar la alteración genética responsable de la hemocromatosis neonatal, desconocida en la actualidad.

### P341 10:00 SÍNDROME DE LEMIERRE: EL RESURGIR DE LA ENFERMEDAD OLVIDADA

Cristina Uria Avellanal, Itziar Iturralde Orive, Andere Eguireun Rodríguez, Zuriñe García Casales, Javier Gil Antón, Julio López Bayón

Servicio de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

El Síndrome de Lemierre se caracteriza por faringoamigdalitis con tromboflebitis séptica de vena yugular interna (VYI) y frecuentes complicaciones metastásicas (fundamentalmente pulmonar) siendo el principal agente etiológico el *Fusobacterium Necrophorum*. Es característico el dolor intenso o hinchazón de cuello, odinofagia y cuadro séptico asociado. En la mayoría de casos el diagnóstico clínico es posible, aunque frecuentemente se sospecha por microbiología. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa frente a gérmenes anaerobios durante 4-6 semanas. En casos refractarios puede precisar tratamiento quirúrgico con ligadura de VYI, existiendo controversia sobre la necesidad de anticoagulación.

**Observación clínica:** Paciente de 14 años, previamente sana, que tras cuadro de faringoamigdalitis etiquetada como viral y tratada con antiinflamatorios con buena evolución inicial, reconsulta a las 48 horas por empeoramiento del estado general, fiebre, vómitos y dolor cervicotorácico. Los datos analíticos y radiológicos son compatibles con neumonía de base dcha., iniciándose tratamiento con ceftriaxona y claritromicina. Presenta empeoramiento rápido, llamativo, con síntomas respiratorios y necesidades de oxígeno; taquicardia, hipoventilación bilateral en bases y abdomen doloroso de forma difusa. Se repite Rx tórax objetivándose aumento de trama en ambas bases y a las 18 horas se observan 3 focos de condensación sugestivos de nódulos pulmonares. Ante sospecha de embolismos pulmonares sépticos, se inicia antibioterapia de amplio espectro hasta llegada de

hemocultivos y se estudian posibles focos de embolismos sépticos (endocarditis, abdominogenital, ORL). Con el hemocultivo positivo a BGN anaerobio estricto (*Fusobacterium* no productor de BLEA) se cambia tratamiento: amoxicilina-clavulánico más metronidazol iv. Con todos estos datos pensamos en el Síndrome de Lemierre; se realizan eco-doppler y TAC cervical con contraste de troncos supraaórticos no hallando signos de tromboflebitis de VYI. Se mantiene antibioterapia durante 6 semanas (4 semanas i.v) con mejoría progresiva clínica y radiológica.

**Discusión:** En los últimos años, se observa un aumento de los casos de Síndrome de Lemierre en la infancia y adolescencia. Diversos estudios plantean la posibilidad causal por los cambios existentes en el tratamiento de la faringoamigdalitis (disminución del uso de antibióticos, uso de nuevos antibióticos y/o pautas cortas).

### P342 10:05 EFECTO DE LA FUROSEMIDA EN LA EXCRECIÓN URINARIA DE OXALATO Y CALCIO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Maitte Echeverría Fernández, Andrés Alcaraz Romero, M. José Santiago Lozano, Carlos Romero Román, Javier Adrián Gutiérrez, Jesús Cecilio López-Menchero Oliva, Aída de la Huerza López, Paz Chimenti Camacho, Itziar Marsinyach Ros, Jesús López-Herce Cid Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** Estudiar el efecto de la furosemida sobre la excreción urinaria de oxalato y calcio en el postoperatorio de cirugía cardíaca en niños, y valorar así el riesgo de desarrollar nefrocalcinosis.

**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional, sin intervención terapéutica. Se incluyeron los niños ingresados en cuidados intensivos pediátricos tras cirugía cardíaca abierta por cardiopatías congénitas, en orden de presentación durante un periodo de un año. Los niños con depuración extrarrenal fueron excluidos. Se recogió la orina de 24 horas los días 2º al 4º de postoperatorio, en la que se determinó oxalato, calcio y creatinina (cr). Los mismos días fueron recogidos datos clínicos incluyendo la dosis de furosemida. Los valores de oxalato fueron relacionados a los de cr (mmol oxalato/mol de cr), así como los de calcio (mg calcio/mg cr). En el análisis de los datos se utilizó el test de correlación de Pearson.

**Resultados:** Se estudiaron 66 niños con una mediana de edad de 9 meses y de peso de 7,3 kg. Los valores de la excreción de oxalato y calcio en orina fueron:

	2º día	3º día	4º día
mmol oxalato/mol cr	147,51 ± 23,77	164,44 ± 16,19	261,15 ± 44,83
Calcio/cr	1,02 ± 0,1	1,26 ± 0,14	1,23 ± 0,15

La excreción de oxalato fue mayor al 4º que al 2º día ( $P = 0,015$ ), y la de calcio aumentó del 2º al 3º día ( $P = 0,037$ ). No se encontró correlación entre los valores de oxalato/cr y la dosis de furosemida recibida en ninguno de los días estudiados. Sin embargo los valores de calcio/cr se correlacionaron con la dosis de furosemida administrada el 2º ( $r = 0,433$ ,  $P = 0,001$ ), 3º ( $r = 0,510$ ,  $P < 0,001$ ) y 4º día ( $r = 0,633$ ,  $P < 0,001$ ). También hubo correlación entre los valores de oxalato/cr y los de calcio/cr en los 3 días estudiados.

**Conclusiones:** La excreción de oxalato en orina en el postoperatorio cardíaco de niños no está relacionada con la cantidad de furosemida administrada. La elevada calciuria de estos niños se relaciona con la dosis de furosemida recibida.