

Sábado, 3 de junio (17:15 - 18:45)

NEUROLOGÍA

Sala 5

P940

17:15

SÍNDROME DE ANGELMAN: FENOTIPO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN 5 PACIENTES

Salvador Ibáñez Micó, Montserrat Aleu Pérez-Gramunt, Elena Montesinos Sanchís

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

Introducción: El Síndrome de Angelman (SA) se caracteriza por retraso mental, epilepsia, ataxia, ausencia del lenguaje y una serie de rasgos físicos y un fenotipo conductual característicos. Está causado por una serie de anomalías genéticas que afectan a la región cromosómica 15q11-q13. En este trabajo presentamos 5 pacientes con SA, y analizamos sus características y su patología acompañante.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de 5 pacientes con SA diagnosticados mediante estudio genético, controlados en la consulta de Neuropediatría de nuestro Hospital. Se analizaron las principales características físicas descritas en el SA, su fenotipo conductual y el curso clínico de la epilepsia, y se compararon con la literatura.

Resultados: 4 pacientes presentaron delección en la región 15q11-q13, y uno mutación del gen UBE3A. La edad media de diagnóstico fue de 6 años (intervalo 3-12 años). Todos ellos presentaron retraso mental y psicomotor, sonrisa fácil, hiperexcitabilidad, prognatismo y dientes separados. La mayoría presentaron también hipopigmentación, microcefalia, aplanamiento occipital, escoliosis, estrabismo, epilepsia, ausencia del lenguaje, ataxia y atracción por el agua. Otras manifestaciones menos frecuentes fueron trastornos del sueño, hiperactividad, agresividad e hipotiroidismo. La media de edad de inicio de la epilepsia fue de 3,2 años (intervalo 8 meses-5 años). El tipo de crisis más frecuentes fueron crisis tónico-clónicas generalizadas, ausencias atípicas y mioclonias. El EEG intercrítico en todos los pacientes presentaba actividad lenta difusa a 2-3 Hz de elevada amplitud, típico del SA.

Discusión: El Síndrome de Angelman es una patología que interesa conocer, a fin de establecer un diagnóstico precoz, evitar exámenes diagnósticos innecesarios y proporcionar consejo genético a las familias. La mayoría de ellos presentan ausencia de lenguaje y epilepsia, que suele ser de inicio temprano, y de difícil control, sobre todo en la infancia. Al igual que se ha descrito en otros trabajos, se observó un cuadro clínico más leve

en el paciente con mutación de UBE3A, ya que no presentó epilepsia ni ataxia, y además fue la única que adquirió un mínimo lenguaje (inferior a 6 palabras).

P941

17:20

ESTIMACIÓN NO INVASIVA DE LA HEMODINÁMICA CEREBRAL MEDIANTE DOPPLER TRANSCRANEAL EN NIÑOS CON HIDROCEFALIA EXTERNA

Nathalie Carreira Sande, Antonio Rodríguez Núñez, Carmen Gómez Lado, Federico Martínón Torres, José M^a Martínón Sánchez

Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas y Servicio de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Antecedentes y objetivos: La hidrocefalia externa (HE) constituye una entidad benigna y auto-limitada que, sin embargo, suele dar lugar a dudas diagnósticas que motivan controles clínicos y estudios de neuroimagen. En estos pacientes podría ser útil conocer de forma evolutiva la situación de la hemodinámica cerebral. El Doppler transcraneal (DTC) permite valorar de forma no invasiva parámetros del flujo sanguíneo cerebral a nivel de las arterias cerebrales medias. El objetivo del presente estudio ha sido analizar la utilidad del DTC en niños diagnosticados de HE idiopática benigna.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y observacional que incluyó 14 niños diagnosticados de HE. Los pacientes fueron explorados con un sistema portátil de DTC con sonda de 2 Mhz, al momento del diagnóstico y al menos 6 meses después.

Resultados: El número de DTC efectuados por paciente osciló entre de 2 y 5, con un tiempo de seguimiento entre 6 meses y 3 años. Las medias de los índices de pulsatilidad (IP) y resistencia (IR) de los pacientes en el primer control fueron de $0,87 \pm 0,15$ y $0,58 \pm 0,07$ respectivamente. En 9 casos, el IP inicial estaba dentro del rango normal, mientras que en 5 estaba ligeramente por encima. En los controles evolutivos, los pacientes con IP normal mantuvieron valores similares. Los niños con IP elevado presentaron una normalización progresiva de dichos valores; 3 de ellos mostraron un IP normal en el segundo control mientras que en 2 niños se normalizó en el cuarto control (a los 2 años).

Conclusiones: La mayor parte de los niños con HE tienen valores normales de DTC y en aquéllos que tienen valores elevados, se produce una normalización progresiva a lo largo del tiempo. Los resultados del DTC concuerdan con la evolución clínica. La información aportada por el DTC es relevante para el seguimiento clínico y se obtiene de modo no invasivo y ambulatorio, por lo que puede repetirse siempre que sea necesario.

P942 17:25 TRASTORNO POR DÉFICIT DE HIPERACTIVIDAD: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA 2004-2005

M. Dolores García García, Luis Manuel Prieto Tato, José Santos Borbujo, Lorenza Monzón Corral, Montserrat Martín Alonso, Alexandra Villagrà Albert, Álvaro Gimeno Díaz de Aauri, Pablo Prieto Matos, Aránzazu Hernández Fabián, Encarna M. Fernández Pulido

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por tres síntomas principales: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad que interfieren en el desarrollo social, escolar y familiar. Según criterios de DSM-IV se estima una prevalencia global del 3-7%. El tratamiento farmacológico de elección es el metilfenidato.

Objetivo: Describir características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de TDAH y valorados en la Unidad de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario de Salamanca en el periodo de 2 años.

Material y métodos: 83 niños diagnosticados de TDAH, estudiados en neurología pediátrica desde enero 2004 a diciembre 2005, ambos incluidos.

Resultados: Número de pacientes 83. Nuevo diagnóstico: 28. Varones: 87%, mujeres: 13%. El 84% tenían entre 3 y 8 años en el momento del diagnóstico. La principal vía de derivación fue a través de los equipos psicopedagógicos del Ministerio de Educación. Se hallaron antecedentes familiares relacionados con TDAH en un 38,5% de los pacientes, destacando: en padres, epilepsia (4,8%), ansiedad/depresión (12%) y debilidad mental (3,6%). En otros familiares, epilepsia (12%) y TDAH (6%). La mitad de los pacientes presentaban antecedentes personales de interés: prematuridad (16,5), SFA (14,4%), CIR (4,8%), convulsiones (19,2%). La asociación de déficit de atención e hiperactividad se observó en un 65% de los niños. El déficit de atención como único síntoma se observó en un 7,2%. Más de un tercio de los pacientes presentó retraso motor. En 44 pacientes se realizó estudio psicométrico, hallándose un CI inferior al normal en un 39,7%. Se constató un retraso escolar en un 62% de los niños y del lenguaje en un 20,4%. El tratamiento con metilfenidato se pautó en 65% de los niños, manifestando efectos 2º en el 42% de los niños tratados (anorexia, insomnio). La evolución fue favorable en el 61%.

Conclusiones: Predominio de varones con edades entre 3 y 8 años. El motivo más frecuente de derivación fue el retraso escolar. Los antecedentes personales y familiares de interés están presentes en el 50% de los niños. El subtipo clínico predominante es la combinación de hiperactividad y déficit de atención con predominio de hiperactividad. El retraso motor y del lenguaje es frecuente en estos niños.

P943 17:30 CLUSTERS DE INVESTIGACIÓN EN LA COLABORACIÓN COCHRANE SOBRE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y PARA LA INVESTIGACIÓN

Javier González de Dios, J. Albert Balaguer Santamaría

Departamento de Pediatría del Hospital Universitario San Juan, Universidad Miguel Hernández, Alicante y Departamento de Pediatría del Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Universidad Rovira i Virgil, Tarragona.

Antecedentes y objetivos: Las revisiones sistemáticas (RS) de la Colaboración Cochrane (CC) ocupan el mejor nivel de cali-

dad y grado de recomendación de la evidencia científica, siendo una herramienta esencial para apoyar nuestra toma de decisiones. En la CC existen actualmente 50 Grupos Colaboradores de Revisión (GCR) dirigidos a problemas específicos, pero no coincidentes con especialidades médicas. El objetivo es realizar un análisis bibliométrico de las RS relacionadas con la neuropediatría en los distintos GCR, intentado identificar *clusters* de investigación secundaria.

Métodos: Análisis exhaustivo de la Base de Datos Cochrane de RS (Issue 2-2005) en los 50 GCR, analizando las RS relacionadas con la neurología pediátrica (se incluyen también estudios mixtos, con población pediátrica y adultos). *Variables analizadas:* número de RS y protocolos por GCR; áreas temáticas de estudio y autoría; tipo de estudio considerado; valoración crítica, consistente en características de la RS (tipo de estudios, pacientes, intervención y resultados), resultados principales, comentarios sobre aplicabilidad.

Resultados: Sólo 6 GCR presentan RS sobre Neuropediatría: concretamente 24 RS en *Epilepsy Group*, 15 RS en *Neonatal Group*, 11 RS en *Neuromuscular Disease Group*, 10 RS en *Developmental Psychosocial and Learning Problems Group*, 3 RS en *Cochrane Movement Disorder Group* y 3 RS en *Cochrane Injuries Group*. Los *clusters* neuropediátricos se dividen en tres grupos: *I*) tratamiento de la epilepsia, n = 24 RS (fármacos antiepilépticos y otras intervenciones), *II*) patología neurológica neonatal, n = 15 RS (principalmente hemorragia intraventricular del prematuro y asfixia perinatal) y *III*) un grupo heterogéneo, n = 14 (trastorno del espectro autista, parálisis cerebral infantil, síndromes miasténicos y Guillain-Barré). La valoración crítica de las RS permite obtener suficiente evidencia para proporcionar una recomendación favorable o desfavorable a una intervención sanitaria en el 50% del grupo II, en el 36% del grupo I y en el 8% del grupo III.

Conclusiones: sólo un 3% de las RS de la CC se refieren a temas neuropediátricos, con *clusters* de investigación muy definidos que, como implicación para la práctica, permiten una toma de decisiones basadas en pruebas sólo en un tercio de los casos. Pese a lo anterior, los análisis que se efectúan en los ensayos clínicos y sus limitaciones ofrecen orientaciones importantes para futuras investigaciones.

P944 17:35 SÍNDROME DE FREY EN UN LACTANTE

Mª José Canet Carrasco, Silvia Agustí Ros, José Luis López-Prats Lucea

Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El síndrome de Frey o del nervio aurículo-temporal se caracteriza por episodios recurrentes de eritema cutáneo, sensación local de calor y, en algunos casos, sudoración y dolor limitados al territorio inervado por este nervio, en respuesta a determinados estímulos gustatorios. Este síndrome es secundario a una lesión de las fibras del nervio, bien traumática (fórceps, cirugía) o bien infecciosa (parotiditis) aunque puede presentarse de forma idiopática.

Caso clínico: Paciente de 6 meses sin antecedentes de interés que inicia cuadro de eritema periorbitario izquierdo tras la ingesta de diferentes alimentos. Alimentación con lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses, momento en que se introduce una fórmula de continuación con cereales sin gluten. Ante la

sospecha de alergia alimentaria, se inicia tolerancia con una fórmula hidrolizada y posteriormente con leche de soja, con reproducción del cuadro clínico. Ante el estudio de alergia negativo (IgE específica en pruebas cutáneas y suero negativa frente a proteínas de vacuno, huevo y soja) y la sospecha de Sdr de Frey, se administra la alimentación con SNG para evitar la estimulación de la salivación y el eritema facial posterior, apoyando así el diagnóstico. No obstante, persisten los vómitos, por lo que se solicita un TIS en el que se aprecia una hernia de hiato con prevolución del estómago que precisa intervención quirúrgica.

Comentarios: El sdr de Frey en la edad pediátrica frecuentemente aparece como consecuencia de un traumatismo obstétrico, aunque existen también casos congénitos. Es importante un correcto diagnóstico diferencial con la alergia alimentaria para evitar restricciones dietéticas que perjudicarían el desarrollo del lactante, sobre todo porque suele coincidir con la introducción de alimentos sólidos. En nuestro caso, la coexistencia de una hernia de hiato que provocaba vómitos ha retrasado el diagnóstico. En la infancia se trata de un síndrome benigno, que tiende a desaparecer y no precisa tratamiento.

P945

SINCINESIAS EN ESPEJO Y SÍNDROME CEREBELOSO

María Rodrigo Moreno, Antonio Maldonado Contreras, Susana Roldán Aparicio, Catalina González Hervás, Ana María Leonés Valverde

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Las sincinesias en espejo son movimientos asociados involuntarios de una extremidad, como respuesta a un movimiento intencionado en la extremidad contralateral, sin que la movilización pasiva desencadene el movimiento en espejo. Pueden ser fisiológicos en la infancia, desapareciendo. Su persistencia más allá de 8 años puede considerarse patológica.

Caso clínico: Varón de 2 años con retraso psicomotor y Comunicación Interventricular subaórtica. Desde el año presenta movimientos simultáneos de ambas manos. *Exploración:* Aspecto macrocéfalo con turricefalia (PC en p50). Cognitivo normal. Sincinesias en espejo, no independencia de movimientos de una mano en relación a la otra, distonías al iniciar la manipulación, no actitudes distónicas en reposo. No otros movimientos anormales. Discreta hipotonía global. RMP y sensibilidad normales. Romberg positivo, dismetría bilateral, no temblor. Ataxia leve. Resto de la exploración normal. *Pruebas complementarias:* Hemograma y Bioquímica y Alfa-fetoproteína: Normal. RM craneal: importante atrofia de vermis y de ambos hemisferios cerebelosos. Quiste del 4º ventrículo ocupando gran parte de fosa posterior (Dandy- Walter). Estudio CDG: Normal. Resto de estudio metabólico: normal. Algo los movimientos de las manos. Cognitivo normal. Dificultades en el aprendizaje condicionados por el trastorno de movimiento.

Comentarios: Las sincinesias en espejo se asocian trastornos neurológicos (lesiones del lóbulo frontal, agenesia de cuerpo caloso), así como en diversas entidades: Klippel-Feil, Williams, Kallman, Friedreich, metabopatías, malformación de Arnold-Chiari,... Presentamos el caso por considerar muy características las sincinesias (video), y por su asociación a CIV y malformación tipo Dandy- Walker, escasamente descrita en la literatura.

P946

RABDOMIOLISIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD METABÓLICA MUSCULAR

María Jesús Navarro Carmona, Irene Ortiz Valentín, María Herrera López, M. Rosario Cazorla Calleja, Ana Crespo Alonso, José Antonio Alonso Martín, Alfonso Verdú Pérez

Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La rabdomiolisis consiste en desintegración de las células del músculo esquelético con liberación de su contenido a sangre. Suele tener curso benigno, pero puede tener complicaciones. La triada clásica: debilidad muscular, mialgias y orinas colúricas solamente se presenta en el 50% de los pacientes. Se confirma por de mioglobulinuria y aumento de enzimas musculares en sangre.

Caso clínico: *Motivo de consulta:* Niña de 1 año trasladada de otro centro por sospecha de sepsis. Clínica de 12 horas de febrícula, dolores musculares y orina colúrica. Tratada con cefotaxima intravenosa desde el ingreso. *Antecedentes familiares:* 2 hermanos fallecidos de causa no clarificada. *Exploración física:* Regular estado general, palidez cutánea, faringe hiperémica con amígdalas y congestivas. Lengua tumefacta con lesiones en bordes sangrantes. Osteoarticular: dolores musculares generalizados con induración a la palpación. Dolor a la movilización de las articulaciones sin signos inflamatorios. *Pruebas complementarias:* Hematológico: normal. Bioquímica: aumento de enzimas musculares. Gasometría: no acidosis metabólica. Ecocardiografía y troponina I normal, no afectación de musculatura miocárdica. Hormonas tiroideas normales. Hemocultivo negativo. Fenofibratos en plasma y aspirado gástrico normal. Sistemático orina proteinuria, mioglobulinuria, no hematuria. Biopsia muscular: compatible con enfermedad de McArdle. Se inicia tratamiento sintomático con hiperhidratación, alcalinización y diuréticos, así como tratamiento empírico con biotina y carnitina. Se produce normalización de las enzimas a los 10 días de tratamiento. Posteriormente asintomática y continúa revisiones en su hospital.

Comentarios: 1. Existen múltiples causas que pueden producir rabdomiolisis: traumática y no traumática (inflamatoria, infecciosa, alteraciones metabólicas, endocrinas, fármacos, tóxicos, etc). 2. Posibles complicaciones: alteraciones electrolíticas, síndrome compartimental e insuficiencia renal aguda. 3. El tratamiento consiste en hiperhidratación, alcalinización y forzar diuresis para evitar daño renal. 4. El tratamiento de la enfermedad de McArdle consiste en evitar obesidad, adecuado ejercicio muscular que mantenga la función mitocondrial pero no desencadene la crisis. Dieta rica en glucosa y fructosa (se recomienda antes del ejercicio si se prevé que va a ser intenso).

P947

ARTERIOPATÍA CEREBRAL AUTOSÓMICA DOMINANTE CON INFARTOS SUBCORTICALES Y LEUCOENCEFALOPATÍA

Patricia Calleja Cabeza, M. Dolores Lluch Fernández, Virginia Carranza Parejo, J. R. García Lozano, Andrés Rodríguez-Sacristán Cascajo, José González Hachero

Unidad de Neurología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y Laboratorio de Biología Molecular del Servicio de Inmunología del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Exposición de un caso de Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (Cadasil) en la edad pediátrica, dada su escasa frecuencia.

17:45

17:40

17:50

Material y método: Varón de 15 años que a la edad de 12 consulta por cefaleas de 8 años de evolución, de predominio en la región frontal, que las describe como de carácter constrictivo, que interrumpen su actividad y que no ceden tras la ingesta de analgésicos habituales. No refiere fono ni fotosensibilidad, así como tampoco síntomas motores, sensitivos o pérdida de conciencia. Antecedentes familiares de migraña hemipléjica (padre y dos tíos paternos). A los dos años de la primera visita se confirma, mediante estudio genético, la enfermedad de Cadasil en el tío paterno. *Exámenes complementarios:* Hemograma, Bioquímica, inmunoproteínas y fondo de ojo: normales. EEG: potenciales agudos bi-rolando-parieto-temporales, sincronos o asíncronos sin claro predominio de uno y otro hemisferio. RNM cráneo: lesiones hiperintensas en las secuencias de TR largo en sustancia blanca periventricular y en la convexidad parietal anterior derecha. Estudio genético: positivo para la enfermedad de Cadasil.

Resultados: Los hallazgos de la RNM y el diagnóstico del familiar, hacen que solicitemos, el estudio genético, siendo éste diagnóstico. Actualmente continúa presentando episodios de cefalea sin ningún déficit neurológico, no siguiendo ningún tratamiento.

Comentarios: La enfermedad de Cadasil es un trastorno familiar causado por la mutación del gen Notch3 en el exón 3, codón 90 del cromosoma 19 que consiste en el cambio CGT>TGT y predice una sustitución del aminoácido arginina por cisteína en la proteína, lo cual, es específico de la citada enfermedad. La acumulación de un material granuloso osmiofílico (GOM) en la capa media de las arterias cerebrales de mediano y pequeño calibre conduce al estrechamiento progresivo de los vasos sanguíneos. Como consecuencia de ello, se ocasionan síntomas clínicos como migraña (referida por nuestro paciente), episodios isquémicos cerebrovasculares, demencia vascular y trastornos neuropsiquiátricos asociados a una extensa leucoencefalopatía fácilmente demostrable mediante RNM. No se dispone de ningún tratamiento eficaz. La disponibilidad del estudio genético va a permitir el diagnóstico en casos pediátricos, (documentados en España de 14 y 17 años) y cada vez a menor edad.

P948 17:55 DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE RABDOMIOMA CARDIACO: MARCADOR PRECOZ DE ESCLEROSIS TUBEROSA

M. Luisa González Durán, Eva González Colmenero, María Suárez Albo, Manuel Óscar Blanco Barca, José Antonio Calviño Castañón, Concepción Soler Regal, Jesús Antelo Cortizas
Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra).

Introducción: La Esclerosis Tuberosa (ET) es una enfermedad neurocutánea multisistémica perteneciente al grupo de las facomatosis. Se transmite con herencia AD y elevada prevalencia (1/6000), siendo el 50% nuevas mutaciones, existiendo ligamiento con varios cromosomas en relación con los genes de las proteínas hamartina y tuberina. Existe gran variabilidad intrafamiliar en la expresividad clínica. Clínicamente se pueden afectar la mayoría de órganos, presentando hamartrias (como tuberosidades corticales), hamartomas (como rabdomiomas cardiacos, astrocitomas y angiomioblastomas faciales) y hamartoblastomas, malformaciones, manifestaciones cutáneas como las manchas acromicas, retraso mental y epilepsia, que fre-

cuentemente deriva en un Síndrome de West. La presencia de rabdomiomas cardiacos se asocian en un 60% de los casos a la esclerosis tuberosa.

Caso clínico: Varón de 4 meses, con AF de ET en la madre y resto de rama materna. En la semana 27 de gestación se detecta mediante ecografía la presencia de rabdomiomas intracardiacos sin patología intracraneal en ese momento, hallazgos confirmados y por tanto seguido tras el nacimiento por el S. Cardiología Infantil. Ingresa por presentar 2 crisis epilépticas generalizadas, detectándose múltiples máculas hipocrómicas. La neuroimagen (TC y RM) demostró la presencia de múltiples túbers subcorticales. EEG, estudio oftalmológico y ECO abdominal normales. Se instauró terapia con valproato y topiramato, con buen control de las crisis. Estudio genético pendiente en el momento actual.

Discusión: El diagnóstico prenatal mediante ecografía de rabdomiomas intracardiacos, constituye una herramienta clave para establecer un diagnóstico precoz de esta entidad y así conseguir un mejor manejo y control clínico, así como para el asesoramiento genético correspondiente.

P949 18:00 DOLOR CERVICAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Patricia Barros García, Amparo López Lafuente, M^a José González García, Mercedes Herranz Llorente, Ana Rodríguez González, María José López Rodríguez, Francisco Javier Arroyo Díez, Ricardo Cano Plasencia, Isidoro Berrocal Sánchez, Valentín Carretero Díaz

Servicio de Pediatría, Servicio de Neurofisiología y Servicio de Rehabilitación del Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda que produce una parálisis flácida progresiva ascendente con arreflexia universal como consecuencia de una reacción autoinmune desencadenada, generalmente, por una infección. *Incidencia:* de 0,5 a 1,5 casos por 100.000 en < 18 años. *Diagnóstico:* clínico. Su confirmación depende del estudio neurofisiológico y del LCR. *Tratamiento:* observación hospitalaria, dado su posible evolución a parada respiratoria o disautonomía, gammaglobulinas y/o plasmaféresis. Evolución suele ser favorable; mortalidad del 1-5% de los niños.

Caso clínico: Niña de 5 años de edad, sin antecedentes de interés ni enfermedades infecciosas ni inmunización los días previos, con dolor cervical de 4 días de evolución de predominio nocturno llegándole a despertar. Acude a urgencias por decaimiento, irritabilidad, dolor cervical y negativa a la deambulacion. *Exploración física:* Afebril. TA: 120/80. FC: 111lpm FR: 20. Glasgow 15. Antropometría normal. Meningeos negativos. No rigidez de nuca. Dolor a la flexión del cuello. Voz gangosa de bajo volumen. Llanto sin fuerza. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fondo de ojo normal. Ligera afectación de pares bajos. Dolor a la palpación muscular. Sensibilidad normal. Pérdida de fuerza en EE. Arreflexia en EEII. Hiporreflexia en EESS. Mantiene sedestación y bipedestación con apoyo y llanto. Imposibilidad para la deambulacion. Exploración por aparatos normal. *Pruebas complementarias:* Hemograma, BQ con perfil hepático y CK: normales. EMG-ENG: compatible con polineuropatía desmielinizante aguda severa, de predominio motor. RX tórax y ECG: normal. TAC craneal normal. Serologías de Poliovirus,

VEB, VVZ, VHS1, CMV, VHB y *mycoplasma pneumoniae*: negativas. LCR: disociación albúmino-citológica. *Tratamiento*: gammaglobulina iv (400mg/Kg/día, 5 días). Evolución favorable; hipertensión arterial los primeros días, reinicia deambulación a los 17 días postratamiento. Sigue en rehabilitación.

Comentarios: Existen variantes en la forma de presentación del SGB y no siempre se encuentra un desencadenante. El reconocimiento de los casos atípicos es fundamental para iniciar el tratamiento de forma precoz y para el control de las posibles complicaciones.

P950

RABDOMIOLISIS ASOCIADA A HIPONATREMIA

Cristina Iglesias Fernández, María José Solana García, Andrés Alcaraz Romero, Pedro Castro de Castro, Marta Crespo Medina, Ana Peñalba Citorres, M. José Santiago Lozano
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente, con una incidencia aproximada del 1-2% de los pacientes hospitalizados. En cambio, la hiponatremia, como causa de rabdomiolisis, es excepcional.

Observación clínica: Presentamos el caso de una niña de 5 años que ingresa en UCIP por deshidratación hiponatremia severa. Acudía a Urgencias por cuadro de 36h de evolución consistente en vómitos, dolor abdominal y febrícula, asociando en las últimas horas dolor muscular y mal estado general. Había acudido el día anterior a Urgencias, diagnosticándose de gastroenteritis aguda, con una cifra de sodio plasmático de 122 mEq/L. En la exploración física al ingreso destaca mal estado general, palidez cutánea, mucosa oral seca y ojos hundidos. Se realiza analítica donde destaca urea 113 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, ácido úrico 18,8 mg/dl, GOT 608 UI/l, GPT 169 UI/l, sodio 122 mEq/l, pH arterial 7,24, bicarbonato 10 mEq/l. Se expande con suero salino fisiológico y bicarbonato y se repone el déficit de sodio en 24h, alcanzando cifras normales de sodio a las 48 horas. Durante el ingreso presenta cuadro de debilidad y dolor muscular progresivo, presentando un ascenso en los niveles de transaminasas y CPK hasta presentar un máximo a las 48 horas del ingreso de GOT 1738 UI/l, GPT 536 UI/l, CPK 48441 UI/l. Se procede a hiperhidratación para prevenir alteraciones de la función renal y ante la sospecha de enfermedad metabólica se inicia tratamiento con carnitina, resultando los posteriores estudios de metabolopatías negativos. La paciente presenta una progresiva mejoría con descenso de las cifras de CPK, encontrándose, en el momento del alta, asintomática.

Comentarios: La fisiopatología de la asociación entre hiponatremia y rabdomiolisis se desconoce. Una de las hipótesis se basa en que la salida del potasio intracelular, para corregir el edema celular ocasionado por la hipoosmolaridad del líquido extracelular, ocasiona un descenso del potencial transmembrana que altera el metabolismo muscular causando rabdomiolisis. Es muy importante monitorizar los niveles de enzimas musculares en pacientes con hiponatremia que comienzan con dolor o debilidad muscular para identificar precozmente la aparición de rabdomiolisis y prevenir el desarrollo de alteraciones de la función renal, ya que existe gran relación entre el tiempo de demora en la aplicación de medidas profilácticas y el desarrollo de fracaso renal agudo.

18:05

P951

ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Antonia Gómez Lara, M. Paz Tello Ochoa, Jerónimo Momblan de Cabo, M. Luisa Gavilán Expósito, Manuel Gavilán Pérez
Servicio de Pediatría del Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén).

La Enfermedad de Moya-Moya (EM) es una vasculopatía oclusiva cerebral progresiva cuyo diagnóstico se realiza por arteriografía digital. Se presenta el caso de clínico de una niña diagnosticada de EM, que comenzó con clínica a la edad de 2,3 años.

Caso clínico: Mujer de 2,3 años, que consulta por primera vez por episodio de ataxia y en los días sucesivos clínica de hemiparesia derecha. Antecedentes obstétricos sin interés. El la historia clínica realizada sólo destaca estrabismo divergente bilateral (más en ojo izquierdo) y nistagmo horizontal desde los primeros meses de vida. Desarrollo físico y psicomotor normales. Antecedentes familiares de epilepsia y convulsiones febriles. En la exploración realizada la primera vez que ingresa se observa el nistagmo y estrabismo referidos y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. La analítica y el EEG son normales. El TAC al ingreso no muestra alteraciones valorables y en la RM se observan imágenes aisladas imágenes hipodensas, sin indicar diagnóstico, ni sospecha clínica. Clínicamente los episodios de hemiparesia derecha son transitorios pero se repite en 2 ocasiones. Se completa estudio con angiografía por resonancia magnética, visualizándose imágenes compatibles con accidente cerebrovascular. En los siguientes al ingreso presenta crisis parciales motoras. Tras esta evolución clínica y resultado de angioRM se realiza el diagnóstico de EM y es derivada al servicio de neuropediatría. Tras la derivación se completa el estudio con arteriografía digital y se realiza tratamiento quirúrgico. En el seguimiento posterior durante 5 años, se detecta compromiso motor y retraso mental.

Conclusiones: La EM es una enfermedad de curso progresivo con importante deterioro neurológico, a pesar del tratamiento, por los repetidos episodios isquémicos. Nuestro caso coincide con los descritos en la literatura, en cuanto a la edad de inicio, manifestaciones clínicas y evolución posterior a pesar del tratamiento quirúrgico.

PEDIATRÍA SOCIAL

Hall 1

P952

ADOPCIÓN INTERNACIONAL. GUÍA DE MÉDICA PARA PADRES

Jesús García Pérez, José Antonio Díaz Huertas, Julián Lirio Casero, Antonio Ferrándis Torres, Pablo Martín Fontelos

Unidad de Pediatría Social del Hospital del Niño Jesús, Madrid, Instituto Madrileño del Menor y la Familia - Consejería de Servicios Sociales, Madrid y Servicio Pediatría del Hospital Carlos III, Madrid.

España se ha convertido en el segundo país a nivel mundial en adopción internacional. La Unidad de Pediatría Social del Hospital Universitario Niño Jesús viene trabajando el tema de la adopción internacional desde 1994. Los niños pueden presentar problemas de salud por la situación en que se produjo el abandono, la atención recibida en instituciones, las patologías propias de los países de origen. Los padres tienen una especial preocupación por la salud del niño que va a ser o ha sido adop-

18:10

17:15

tado. Ante la necesidad de estar informados se considero la conveniencia de elaborar una Guía médica para padres de adopción internacional.

Objetivo: Facilitar información sobre aspectos relacionados con la salud de los niños procedentes de adopción internacional.

Material: En base a la experiencia, los materiales de información que se facilitan a los padres en esta Unidad y se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema.

Método: Elaboración de una Guía médica para padres en colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia y el Hospital Carlos III.

Resultado: La Guía de una forma de fácil lectura recoge aspectos relacionados con: Problemas de salud de los niños de origen extranjero. Atención a la salud del niño adoptado (Consulta preadopción, postadopción, revisiones, vacunación, etc). Pautas de actuación ante problemas médicos comunes. Consejos sanitarios para viajes internacionales. Lecturas recomendadas para padres. Direcciones de interés. La Guía se facilitará en las sesiones informativas que se realizan en el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, así como, aquellos padres que acuden a consulta o la soliciten.

Conclusiones: Iniciativas como esta contribuyen a mejorar la atención médica de los niños procedentes de adopción internacional mediante la información a padres y profesionales de las necesidades y problemas de salud de esta población infantil.

P953 17:20 EL NIÑO INMIGRANTE: CARACTERÍSTICAS DE SU ATENCIÓN EN URGENCIAS Y ESTRATEGIAS PARA MEJORARLA

Julio Álvarez Pitti, Elena Montesinos Sanchís, Soledad Caballero Balanzá, Ester Navarro Bagán, María Pont Colomer, Salvador Ibáñez Micó, Cristina Morales Carpi, Blanca Garrido García, Marta Castell Miñana, Antonio García García

Departamento de Pediatría y Urgencias de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Ante el progresivo aumento del número de niños inmigrantes (NI) e hijos de inmigrantes (HI) en la puerta de urgencias (PU), planteamos si estos pacientes presentan unas características de manejo particulares que requieran cambios en la organización de nuestra sección para ofrecer una atención más adecuada a sus necesidades.

Método: Estudio descriptivo, prospectivo, realizado mediante encuesta cumplimentada por pediatra que recoge datos demográficos, de origen, idioma, seguimiento por pediatras de atención primaria (AP), frecuentación de urgencias, diagnóstico y destino al alta de una muestra de 90 atenciones a NI o HI desde el 15 de Diciembre de 05 hasta el 31 de Enero de 06 en la PU. Se recoge los mismos datos de un grupo control (GC) con 90 pacientes.

Resultados: Del grupo de NI+HI (54,4% varones, edad media 33,5 m.) proceden de Latinoamérica el 48,2%. El 52% restante (Rumanía 16,5%, Marruecos 11,4%, Nigeria 7,6%, China 5,1%, otros 11,5%), podría tener dificultades con el idioma, encontrando 9 casos (12,7%) en que ninguno de los padres habla castellano o lo hace con mucha dificultad. El tiempo medio residiendo en España es de 48 meses y la mayoría son HI (68,8%). Al compararlos con el GC (62,2% varón, edad media 35,8 m.), encontramos peor control por AP del grupo de NI+HI (No tienen tarjeta sanitaria 8 NI+HI vs. 0 en GC, no Pediatra AP 10 vs. 0, no vacunación completa 10 vs. 0 y no consulta previa aten-

ción en PU con pediatra 55 vs. 40). En el uso de PU no encontramos diferencias significativas (NI+HI vs. GC) en las horas de evolución previo consulta (106,4 vs. 62,4 h., $p = ns$), ni en nº de consultas por episodio (1,1 vs. 1,2). La patología que presentan ambos grupos es similar (ningún caso con patología importada) y también el nº de ingresos (6 vs. 7).

Conclusiones: Un no despreciable porcentaje de NI tiene barreras por idioma o no están integrados en AP, por lo que nos planteamos desarrollar mecanismos: 1) para mejorar la comunicación con estos pacientes (hojas de consejos en varios idiomas, intérprete telefónico...) y 2) facilitar los trámites para integrarlos en AP (Asistente social...). En contra de lo esperado, sus hábitos de utilización de PU es similar a los de la población local.

P954 17:25 O QUE UM COPO PODE FAZER PELO SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO

Sofia Paradela, Manuel Alves

Hospital Garcia de Orta, Almada (Portugal).

Com esta apresentação pretende-se a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da supressão do uso de tetinas como atitude essencial na promoção do aleitamento materno. Na procura do cumprimento das políticas de saúde da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância para a amamentação, que definem a iniciativa Hospital Amigos dos Bebés, é descrito o percurso do nosso serviço de Neonatologia nesta temática. São demonstradas as vantagens da alimentação por copo ao recém-nascido e as diversas dificuldades que foram surgindo com a introdução deste novo método no quotidiano do serviço. Finalizamos com a demonstração do grau de satisfação da equipe multidisciplinar e com a confirmação dos objectivos atingidos através da creditação da nossa instituição, como a primeira no país, com o estatuto de Hospital Amigo dos Bebés.

P955 17:30 EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA

José M. Iglesias Meleiro, Natalia Gomariz Rego, Sandra Añón Montes, Yolanda García Freijeiro, Ana Bello Jamardo, Isabel Muñiz Lorenzo, María Ángeles Martínez Fernández

Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés, Vilagarcía (Pontevedra).

Antecedentes: La formación del personal de enfermería en lactancia materna es fundamental a la hora de ofrecer a las familias un asesoramiento y orientación eficaces, influyendo de forma definitiva en la incidencia y duración de aquella.

Justificación y objetivos: Ante la ausencia de referentes bibliográficos que lo evalúen, consideramos de interés el realizar un estudio que nos permita conocer el nivel de formación de los profesionales de Enfermería inmediatamente antes de incorporarse al mercado laboral.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal de carácter descriptivo, realizándose una encuesta en el último mes del tercer curso de la Diplomatura de Enfermería del año 2004, a los alumnos de las escuelas de cuatro Universidades gallegas, obteniéndose un total de 153 entrevistas.

Resultados: Los encuestados presentan mayor dificultad a la hora de responder a cuestiones prácticas; así la mayoría de los encuestados considera que se debe lavar el pecho antes y des-

pués de cada toma (85%), o que la hepatitis B (72%), la mastitis (66%) y que la madre precise tratamiento con tiroxina (60%) contraindican la lactancia materna. Aunque son bien conocidos los efectos beneficiosos de la lactancia materna, no lo son tanto los factores que intervienen en el adecuado establecimiento de la misma. La inmensa mayoría consideran fundamental la formación del personal sanitario en lactancia materna y apoyan la realización de actividades formativas.

Conclusiones: Es preciso aumentar los conocimientos en lactancia materna de los profesionales de la salud, también en el campo de la enfermería, sobre todo en lo referido a los aspectos prácticos. Se deben aprovechar la receptividad y la demanda de formación e información, en el entorno a su incorporación al mercado laboral para formar profesionales con mejores aptitudes en el campo de la lactancia que lleven a una mayor incidencia y duración de la misma.

P956

17:35

FORMAS DE TRABAJO INFANTIL EN BOLIVIA: LAS MINAS Y LA ZAFRA DE LA CAÑA DE AZÚCAR. INTERVENCIÓN SANITARIA

Dulce Nombre Morón Megía, Pedro Navarro Merino, Francisca Gil Tejada

Fundación Hombres Nuevos, OIT, Unicef y SAS.

Antecedentes y objetivos: Bolivia país multiétnico y polilingüe, con 8 millones de habitantes, 70% de los hogares en situación de pobreza. Se ven obligados a migrar en busca de sustento familiar: 35.700 personas, 7.000 de ellas niños, se movilizan durante 7 meses a la zona de producción de la caña de azúcar. Con salarios medios conseguidos de 720€ temporada. Se instalan hacinas en precarias viviendas colectivas donde duermen y cocinan, con agotadoras jornadas de más de 12 horas que involucran a todos los miembros de la familia. La finalidad de las Brigadas de Salud es la creación de escuelas itinerantes para los menores. Se realiza valoración del estado de salud, vacunal y nutricional en la población infantil.

Método: Dadas las características de los campamentos itinerantes de la zona, se forman diariamente las Brigadas de salud formadas por 2 médicos, 2 enfermeros, 1 representante de la Defensoría de la Niñez de los municipios, representante de Unicef y/o Ministerio de Trabajo. Se realizan revisiones de Salud, de los carné personales de vacunaciones, y estado nutricional. Detección de posible comercio sexual en menores, retirada de menores del tajo laboral. A los adultos se facilita los métodos anticonceptivos, se realizan un taller sobre nutrición, higiene, prevención de enfermedades de transmisión sexual. Se montan las escuelas itinerantes con carpas móviles y queda un maestro (generalmente Bachiller) durante todo el periodo de corte de caña.

Resultados: En vacunaciones sorprende gratamente el alto grado de coberturas conseguidas, una vez más vemos que las intervenciones protegidas estatalmente son positivas para la comunidad. En materia de nutrición los resultados son menos alentadores, la mortalidad infantil rural del 90 por 1000 nacidos vivos, se centra entre los 12 y 24 meses, con desnutrición detectada en los protocolos de salud, niños que siguen lactando de madres agotadas y desnutridas, la economía familiar sólo proporciona algunos hidratos de carbono y las diarreas y parasitosis completan el proceso.

Conclusiones: Tenemos la obligación de proporcionar Condiciones Básicas de Vida Humana: Alimento, hogar, educación y salud.

P957

17:40

HEMATOMAS SUBDURALES Y MALTRATO FÍSICO EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Isabel Aguilar Moliner, Alicia Rodríguez Arráez, Ana Isabel Curcoy Barcenilla, Victoria Trenchs Sáinz de la Maza, Jordi Pou Fernández, Ramón Navarro Balbuena

Servicio de Pediatría y Servicio de Neurocirugía de la Unidad Integrada Sant Joan de Deu-Clinic, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El síndrome del niño zarandeado (SBS) tendría que ser descartado ante el hallazgo de un hematoma subdural (HS) siempre que no existan circunstancias claras que puedan ocasionar su aparición (ej. traumatismo de parto, accidente de tráfico, coagulopatía conocida). Sin embargo, en la práctica clínica diaria con frecuencia es difícil diferenciar los HS de origen accidental de aquellos secundarios a un daño inflingido. El objetivo principal de este estudio es valorar qué tipo de estudios se realizan a los niños afectados de HS sin causa aparente, determinar cuántos se deben a maltrato y cuáles son sus consecuencias.

Métodos: Estudio retrospectivo de la historia clínica de los niños menores de dos años ingresados en nuestro centro durante 10 años (1995 – 2005) con diagnóstico al alta de HS sin causa aparente en el momento de su detección.

Resultados: Se recogen 20 pacientes (13 de sexo masculino). La mediana de edad es de 3,7 meses (rango 21 días – 18,7 meses); 19 son menores de un año. Los motivos de consulta son: 10 convulsión, 4 traumatismo, 3 macrocefalia, 1 vómitos, 1 apnea y 1 disminución de conciencia. Nueve niños ingresan en UCIP. A todos se les realiza una TAC craneal, a 11 también RMN, y a un paciente, que es éxitus, estudio anatomopatológico. Los 20 tienen como mínimo un hemograma con estudio de coagulación; 4 presentan anemia marcada (hemoglobina < 8 g/dl) y 5 moderada (8 -10 g/dl). Dos niños presentan coagulopatía. Se realizan 14 series esqueléticas y 4 gammagrafías óseas; se detectan fracturas en 7 pacientes. Se practican 19 fondos de ojo, 11 objetivan hemorragias retinianas. Tres niños presentan lesiones externas. Los diagnósticos de altas son: 10 SBS, 4 HS idiopáticos, 3 accidentes vasculares cerebrales, 2 coagulopatías y 1 traumatismo accidental. A consecuencia de las lesiones detectadas, un niño fallece y 9 sufren secuelas (déficit visual, retraso psicomotor, necesidad de válvula de derivación ventrículo-peritoneal).

Comentarios: La mayoría de pacientes con HS son sometidos a un estudio exhaustivo con el fin de determinar su etiología. En ocasiones es imposible definir su origen y son catalogados de HS idiopáticos. La causa más frecuente de HS es el SBS presente en el 50% de los casos de este estudio. Destaca una elevada proporción de niños con secuelas.

P958

17:45

INFLUENCIA DE LA DEPRIVACIÓN AFECTIVA PARENTAL EN EL CRECIMIENTO INFANTIL

Marta Taida García-Ascaso, Julio Guerrero Fernández, Enrique Palomo Atance, África Jordán Jiménez, Beatriz Pérez-Seoane Cuenca, Mireya Orío Hernández, Nerea Ibáñez González, Cristina Diz-Lois Palomares, Ricardo Gracia Bouthelier

Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Introducción: La privación afectiva o psicosocial es una causa poco frecuente de hipocrecimiento en la que se observa un entencimiento de la velocidad de crecimiento que se recupera

ra cuando al niño es hospitalizado o se le "saca" del ambiente "agresor". Debe ser siempre sospechado ante situaciones de talla baja o malnutrición injustificadas, especialmente en niños que presenten alteraciones de conducta, apatía o incluso actividades autoeróticas. A continuación se expone un caso en el cual encontramos esta situación y en el que, gracias a que se pensó en ella, se evitaron pruebas complementarias innecesarias al paciente.

Caso clínico: Niño de 3 años y medio derivado a nuestra consulta por presentar una disminución importante de la velocidad de crecimiento desde los 12 meses de vida. A los 22 meses fue estudiado en el Servicio de Gastroenterología infantil por pérdida de apetito sin buena respuesta a fármacos orexigénos. Las pruebas complementarias descartaron patología digestiva. Antecedentes personales y familiares sin interés. En la exploración física destacaba un peso y una talla muy por debajo del p3 para su edad y sexo, resto normal. Rehistoriando de nuevo a la familia, se descubre un problema conyugal importante ya desde el embarazo del paciente. La madre reconoce conflictividad importante con el padre e inatención ocasional al niño por este motivo. Se aconseja que el niño se vaya con la abuela hasta que se solucione el problema de pareja y la situación se tranquilice en el hogar. Tras esta medida, se observa un espectacular ascenso de la talla y del peso del niño, situándose en valores normales a la edad de 4 años.

Discusión: El hipoprecimiento por Deprivación Materna o Carencia Afectiva, ocurre especialmente si ésta sucede en las fases críticas de la infancia (de los 6 a los 18 meses de vida) donde se asocia con frecuencia a desnutrición. Se han visto alteraciones hormonales tales como la falta de respuesta de GH frente a estímulos y otras, normalizándose la situación al recuperarse el afecto. A ello puede sumarse malnutrición por defecto o lo contrario: desnutrición por exceso calórico. Como en el caso que presentamos, es importante al realizar una historia clínica preguntar por la situación personal, familiar y social del niño y no únicamente por patología de tipo orgánica, para poder detectar este tipo de situaciones, por lo general, infradiagnósticas y poder actuar con la actitud más firme y conciliadora posible.

P959

17:50

ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD INFANTIL EN DISTINTAS ÁREAS DE BOLIVIA: PROYECTO BE SOLID

M^a. José Tejedor Sanz, Marián Moreno Ruiz, Antonio Prat Calero, Ana Renau Escrig, Guadalupe Cozar Santiago, Carmen Vinaixa Aunés, Gracia Javaloyes Soler, Olivia Sanz Martínez, Manfredo Prado Montalbán, Carlos Barrios Pitarque

ONG - Asociación Valenciana de Asistencia Sanitaria y Social Voluntaria (AVASSV), Valencia y Hospital Local de San Javier, Bolivia.

Antecedentes y objetivo: La atención pediátrica gratuita en Bolivia se encuentra limitada a los menores de 5 años, quedando el resto desprotegidos, motivo por el que se eligió este país para realizar el proyecto Be Solid con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria y la educación en salud de la población atendida.

Material y métodos: En grupos de 8 personas (una pediatra, una residente de pediatría y seis estudiantes de 4^o-6^o de medicina) nos desplazamos a 3 puntos de Bolivia (2 zonas urbanas marginales y una zona rural), con material médico y farmacéutico propio. Se realiza atención sanitaria básica mediante revisiones de salud en las que se hace diagnóstico y tratamiento de

enfermedades y charlas educativas sobre problemas básicos de salud propios de la zona. Se establece colaboración con los sanitarios locales para el seguimiento de los pacientes,

Resultados: En la 4^a edición del proyecto Be Solid-Bolivia realizada en Sta. Cruz de la Sierra, La Paz y Misiones Jesuíticas se revisaron 3.253 niños de 0-15 años, realizando de todos ellos un informe clínico. Se llevó a cabo el cribado de patología grave subsidiaria de atención especializada, diagnosticando más de 80 patologías diferentes tanto agudas como crónicas, siendo las más frecuentes las infecciones cutáneas, las caries y las parasitosis intestinales; donando el tratamiento en los casos posibles. Se proporcionó tratamiento y quimioprofilaxis frente a parasitosis intestinales a más de 10.000 individuos de 2000 familias. Se realizó una campaña de refuerzo de la salud buco dental donando 1000 cepillos de dientes y administrando flúor a 1000 de los niños. Se llevaron a cabo charlas informativas sobre alimentación e higiene infantil, tratamiento y prevención de la deshidratación y de las parasitosis en los lugares de acción alcanzando a más de 500 personas. Fruto de todas estas actuaciones se ha fortalecido la preocupación de los padres por la salud de sus hijos.

Conclusiones: La acción de ONGs es fundamental en áreas donde carecen de recursos propios para subsanar estas deficiencias. Es necesario actuar en colaboración con los responsables sanitarios locales para asegurar la continuidad del proyecto. Aunque de forma insuficiente, hemos mejorado la atención sanitaria infantil en las zonas de acción, por lo que continuaremos con Be Solid 2006.

P960

17:55

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA BRONQUIAL EN EL NIÑO SEGÚN EL TABAQUISMO FAMILIAR

Luis Gargallo García, Inmaculada Sánchez Romero, Rosario Torres Romero, Laura Roldán Marín, Virginia Morena Hinojosa
Centro de Salud Puertollano II, Ciudad Real y SESCAM, Ciudad Real.

Objetivo: Valorar la incidencia de patología bronquial, frecuentación, ingresos hospitalarios y consumo de fármacos según se fume o no en el hogar.

Material y métodos: Diseño descriptivo longitudinal retrospectivo (cohortes históricas). Realizamos 236 encuestas a los padres de niños de 0 a 6 años de un cupo de Atención Primaria (cobertura 80,3%) sobre hábito tabáquico y se revisaron el número de consultas, diagnósticos, tratamientos farmacológicos e ingresos hospitalarios en el periodo marzo 2004-marzo 2005.

Resultados: 1. En el 65,7% de los hogares hay un fumador: fuman el 40,7% de las madres y el 52,1% de los padres. 2. No hay diferencias en frecuentación ni en incidencia por diagnóstico de patología respiratoria global según fumen o no los padres. 3. Hay una incidencia significativamente superior de bronquitis espástica en hijos de fumadoras en el primer año de vida (Chi = 6,34; p = 0,012), pero no en edades posteriores. 4. Encontramos un riesgo de ingreso en el primer año de vida cuatro veces superior en niños de hogares con humo, y siete veces superior si fuma la madre. 5. El 50,4% de los fármacos prescritos en el lactante hijo de fumadora son "antialérgicos" frente al 12% cuando la madre no fuma.

Conclusión: El hábito tabáquico detectado en una gran proporción de hogares en nuestro medio, se relaciona con una mayor incidencia de patología bronquial, ingresos hospitalarios y consumo farmacológico en el lactante.

P961 18:00 ENFERMEDADES RARAS: SÍNDROME DE WOLFRAM. LA INTEGRACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA ESCUELA

Gema Esteban Bueno, Rosa Villahoz Castrillejo, Rafaela Moreno Fernández

Distrito Valle del Guadalhorce, Centro de Salud San Pedro de Alcántara, Málaga y Centro de Salud Lorca Sur, Murcia.

Antecedentes y objetivos: El síndrome (Sd.) de Wolfram es una enfermedad rara de carácter autosómico recesivo progresivo de inicio en la infancia y consiste en la asociación de diabetes mellitus, diabetes insípida, atrofia óptica y sordera (DID-MOAD). Se pretende conocer el grado de integración en el ámbito escolar y necesidad de educación específica para su déficit físico.

Material y método: Estudio descriptivo de 25 pacientes (11-44 años) diagnosticados de Sd. de Wolfram por aplicación de una entrevista estructurada.

Resultados: Nivel educativo alcanzado y rendimiento escolar: el 60,8% ha efectuado estudios de FP/ BUP, un 17,4% de EGB y un 13% universitarios (el 8,7% (n = 2) aún cursaba estudios de EGB). El rendimiento escolar en un 52,2% (n = 12) ha sido alto, en el 34,8% (n = 8) ha sido medio, en el 13% (n = 3) ha sido bajo, destacando en este grupo un paciente que sufre retraso mental y otro cuyo rendimiento pasó a alto al ponerle profesor de apoyo. Grado de información al profesorado: El 78,3% (n = 18) desconocían que tenían un alumno con Sd. de Wolfram, y que tan solo en un 21,7% (n = 5) conocen la situación. Si se valora el porcentaje de enfermos cuyos profesores desconocían en que consiste la enfermedad, se eleva a un 87% (n = 20) y tan solo en un 13% (n = 3) conocían en que consiste el síndrome. En un 95,7% de los casos no se había ofrecido ningún tipo de información al centro de estudios sobre esta patología. Grado de información a los compañeros: al estudiar las relaciones con sus compañeros del centro de estudios, se observa que en un 73,9% (n = 17) de los casos se desconoce que hay un compañero que padece el síndrome y que en un 26,1% (n = 6) de los casos, si existía algún tipo de conocimiento. El desconocimiento aumenta al hablar de si saben en que consiste la enfermedad. El 69,6% de los enfermos niega tener problemas con sus compañeros y el 30,4% refiere haber tenido problemas de rechazo de algún tipo.

Conclusiones: Pese a tener una minusvalía importante poseen un alto nivel de responsabilidad/superación. Existe un desconocimiento de esta patología en el centro de estudios, que parece ser debido a la falta de aceptación de la enfermedad por parte de la familia (ocultándola, ignorándola o rechazándola). Otro factor que influye es la necesidad de los niños afectados de ser aceptados por sus iguales.

P962 18:05 PREVALENCIA DE ENURESIS EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN CICLO DE ENSEÑANZA PRIMARIA

Miguel Ramírez Backaus, Salvador Arlandis Guzmán, Inmaculada L. Expósito Martín, Silvia Armengol Bertolín, Jose Luis Ruiz Cerdá, Eduardo Martínez Agulló

Servicio de Urología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, Unidad Médica, Pfizer, Madrid y Unidad Médica, Almirall, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Determinar la prevalencia de la enuresis en niños escolarizados en ciclo de enseñanza primaria

(entre 6 y 11 años) de la provincia de Alicante y su relación con variables como sexo, edad, tipo de enseñanza, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y factores hereditarios.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico en el que se recogió información mediante una encuesta por escrito enviada a los padres que aceptaron participar en el proyecto. Se incluyeron niños de colegios públicos y privados (concertados), manteniéndose la proporción presente tanto a nivel autonómico como nacional (33% privados, 67% públicos). El tamaño de la muestra pretende un 95% de seguridad de la variable principal con un intervalo de confianza no superior a un + 1%. Se enviaron 1687 encuestas, de las cuales se recogieron 1345 y de ellas se analizaron 1279, con la finalidad de mantener la proporción entre colegios públicos y privados.

Resultados: La prevalencia de enuresis encontrada en niños de enseñanza primaria de entre 6 y 11 años fue del 7,8% (n = 100). Esta prevalencia disminuye con la edad (ver tabla) y fue significativamente mayor en los niños (70%) que en las niñas (30%).

Curso	% enuresis	(n)
Primero (6-7 años)	15,42	(35)
Segundo (6-8 años)	12,67	(28)
Tercero (7-9 años)	7,24	(16)
Cuarto (8-10 años)	2,56	(6)
Quinto (9-11 años)	4,55	(8)
Sexto (10-11 años)	3,50	(7)

No se encontraron diferencias entre niños de colegios públicos y privados. Los niños sin enuresis presentaban mayor peso y talla que los enuréticos, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sólo una tendencia, en el IMC. No se encontraron diferencias en cuanto al ámbito familiar (si el niño vivía o no con sus padres, el número de hermanos que tenía y la posición que ocupaba entre ellos). El 73% de los niños presentaron antecedentes familiares.

Conclusiones: La enuresis es un trastorno frecuente, en niños significativamente más que en niñas, y cuya prevalencia disminuye con la edad.

Este estudio ha sido posible gracias a la financiación de Almirall y Pfizer.

P963 18:10 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL SÍNDROME DOWN

Jesús García Pérez, Julián Lirio Casero, José Antonio Díaz Huertas
Unidad de Pediatría Social del Hospital del Niño Jesús, Madrid.

La enfermedad celiaca (EC) se define como una enfermedad del intestino delgado proximal caracterizada por una mucosa intestinal anómala y asociada a intolerancia permanente al gluten. La existencia de una mayor prevalencia de la enfermedad celiaca en el Síndrome de Down es el objeto principal de este estudio.

Material y método: El único criterio de inclusión es haber sido diagnosticado de Síndrome de Down: Se incluyeron en el estudio 128 pacientes de la consulta de pediatría social. Se cuantificaron los autoanticuerpos sericos como anti gliadina, anti endomisio o anti transglutaminasa. Los pacientes con marcadores anti transglutaminasa positivos fueron sometidos a biopsia intestinal

Resultados: 128 pacientes diagnosticados de síndrome de Down, la media de edad fue de 11,89 años con rango entre 5 y 18 años, 47 (37%) fueron niños y 81 (63%) niñas. 4(3%) habían sido diagnosticados previamente de enfermedad celiaca, 13 (7,7%) se realizó biopsia según criterios serológicos. De estos 13 pacientes la biopsia intestinal se realizó en 9 (7%) de los cuales en 4 (3%) la biopsia fue positiva y en 5 (3,9%) fue negativa. La prevalencia de enfermedad celiaca en el total de la población incluida en el estudio fue de 9 individuos (7%).

Discusión: Se han diagnosticado 9 pacientes de enfermedad celiaca, lo que supone una prevalencia en la población estudiada del 7%. La fiabilidad de la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa como herramienta para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celiaca es fundamental. En nuestro estudio 13 pacientes tuvieron anticuerpos positivos. Los anticuerpos antitransglutaminada presentaron una especificidad y sensibilidad superior a los anticuerpos antigliadina. La piedra angular del diagnóstico de la enfermedad celiaca es la detección de autoanticuerpos séricos que son un excelente método de screening de biopsia intestinal en poblaciones de riesgo. Un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno siguen siendo la base del manejo clínico de esta enfermedad.

INFECTOLOGÍA

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LA INFECCIÓN POR ROTAVIRUS

Miguel Vilchez Ferrón, Francisco Giménez Sánchez, Fernando Reche Lorite, Sara Sánchez Valera, Francisco Cobo del Valle

Unidad de Pediatría. Clínica Mediterráneo, Almería y Departamento de Bioestadística y Matemática Aplicada. Universidad de Almería.

Antecedentes: Rotavirus es el principal agente causal de gastroenteritis aguda (GEA) en niños, originando un gran número de visitas clínicas y hospitalizaciones, fundamentalmente en los meses de invierno. Sin embargo, en nuestro medio existen pocos estudios que analicen la epidemiología y las características clínicas de esta enfermedad.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional realizado en el Servicio de Urgencias de la Clínica Mediterráneo durante 12 meses. Se incluyeron los niños < 5 años, que acudieron a urgencias hospitalarias por presentar síntomas de GEA. En los casos incluidos se realizó una encuesta con datos epidemiológicos y clínicos. Se recogió una muestra de heces en la que se determinó la presencia de antígeno de rotavirus y adenovirus y coprocultivo. Análisis estadístico mediante Epiinfo 6.04, Stata 5.0 y Elvira.

Resultados: Se incluyeron un total de 194 casos de GEA con una media de edad de 18 meses (Rango: 1-60 meses), siendo el 45% niñas. En 63 casos (32%) se demostró la presencia de rotavirus en heces. En estos casos se observó una mayor frecuencia de la presencia de vómitos, mayor probabilidad de ingreso hospitalario y deshidratación. La presencia de fiebre y vómitos se encontró relacionada con los ingresos hospitalarios. El 40% de los casos de infección por rotavirus fueron diagnosticados en

los meses de diciembre y enero. Al analizar las temperaturas meteorológicas anuales, se encontró una relación significativa entre la temperatura mínima diaria y la presencia de infecciones por rotavirus.

Conclusiones: Rotavirus es el principal agente causal de GEA en nuestro medio, con una alta incidencia en los meses fríos de invierno. La presencia de vómitos y fiebre en los cuadros de GEA por rotavirus está relacionada con una mayor posibilidad de ingresos hospitalarios.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS ATENDIDOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Giménez Sánchez, Alfonso Delgado Rubio, Francesc Asensi Botet, Mariano Miranda Valdivieso, Manuel Sánchez-Solís, Javier Díez-Delgado, Alfonso Carmona, Julio Romero González, Federico Martín Torres, Manuel Crespo Hernández
Grupo de Estudio ROTASCORE.

Antecedentes: Rotavirus es el principal agente causal de gastroenteritis aguda (GEA) en niños, originando un gran número de visitas clínicas y hospitalizaciones fundamentalmente en los meses de invierno. Sin embargo, en nuestro medio existen pocos estudios que analicen la epidemiología y las características clínicas de esta enfermedad. El objetivo de este estudio ha sido estudiar las características clínico-epidemiológicas de la GEA por rotavirus en niños < 2 años.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional en 2 centros de Salud. Se incluyeron los niños < 2 años, que acudieron a urgencias hospitalarias o consulta por presentar síntomas de GEA y cuyos padres aceptaron participar en el estudio. En los casos incluidos se realizó una encuesta con datos epidemiológicos y clínicos midiendo la escala de gravedad. Se recogió una muestra de heces en la que se determinó la presencia de antígeno de rotavirus mediante un test inmunocromatográfico (VIKIA, Bio-Merieux). Entre 7-14 días después se realizó una llamada telefónica para completar la encuesta.

Resultados: Se incluyeron un total de 45 casos de GEA con una media de edad de 12,7 ± 5 meses (42% eran < de 12 meses), siendo el 42% niñas. El 47% de las muestras analizadas (N total = 45) resultaron positivas frente a rotavirus. Las deposiciones fueron de consistencia líquida en el 60% de los casos, con una duración de 5-7 días (42%), y de 5-7 deposiciones/día en el 53% de los pacientes. Además de la diarrea los pacientes presentaron otros síntomas, los más frecuentes fueron: 76% rechazo alimentos, 56% mocos, 56% dolor abdominal (%), 51% vómitos, 51% apatía, 49% fiebre, 42% irritabilidad. Otros síntomas fueron sed (33%), tos (44%) y deshidratación (13%). El 67% de los pacientes positivos frente a RV presentaba pérdida de peso, comparado con el 17% de los RV negativos. Un 7% de los niños que acudieron a estas consultas de AP necesitó ser posteriormente hospitalizado por ese episodio de gastroenteritis, con 2 ± 0,8 días de estancia media. De todas las GEAs por rotavirus, se clasificaron como graves el 9% y como moderadas el 71%. De las GEAs negativas para rotavirus, ninguna fue grave, y el 75% fueron clasificadas como leves.

Conclusiones: Rotavirus es el principal agente causal de GEA en niños menores de 2 años, originando un elevado número de visitas clínicas.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS ATENDIDOS EN HOSPITAL

Francisco Giménez Sánchez, Alfonso Delgado Rubio, Francesc Asensi Botet, Mariano Miranda Valdivieso, Javier Díez-Delgado, Julio Romero González, Alfonso Carmona, Manuel Crespo Hernández, Manuel Sánchez-Solís, Federico Martínón Torres
Grupo de Estudio ROTASCOPE.

Antecedentes: Rotavirus es el principal agente causal de gastroenteritis aguda (GEA) en niños, originando un gran número de visitas clínicas y hospitalizaciones fundamentalmente en los meses de invierno. Sin embargo, en nuestro medio existen pocos estudios que analicen la epidemiología y las características clínicas de esta enfermedad. El objetivo de este estudio ha sido estudiar las características clínico-epidemiológicas de la GEA por rotavirus en niños < 2 años atendidos en hospitales.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional en 25 hospitales a nivel nacional. Se incluyeron los niños < 2 años, que acudieron a urgencias hospitalarias o consulta por presentar síntomas de GEA y cuyos padres aceptaron participar en el estudio. En los casos incluidos se realizó una encuesta con datos epidemiológicos y clínicos midiendo la escala de gravedad. Se recogió una muestra de heces en la que se determinó la presencia

de antígeno de rotavirus mediante un test inmunocromatográfico (VIKIA, BioMerieux). Entre 7-14 días después se realizó una llamada telefónica para completar la encuesta.

Resultados: Se incluyó un total de 643 casos de GEA con una media de edad de $10,7 \pm 6$ meses (57% eran < de 12 meses), siendo el 45% niñas. El 60% de las muestras analizadas (N total = 574) resultaron positivas frente a rotavirus. Las deposiciones fueron de consistencia líquida en el 72% de los casos, con una duración de 5-7 días (44%), y más de 7 deposiciones/día en el 39% de los pacientes. Además de la diarrea un 82% de los pacientes sufría vómitos que duraron de 3-5 días en el 51% de los casos, con 4-6 vómitos/día en el 45%. Otros síntomas fueron: 71% rechazo alimentos, 64% fiebre, 60% apatía y 56% irritabilidad. También se presentaron en menor frecuencia: sed (54%), rinorrea (51%), dolor abdominal (47%) y deshidratación (32%). Un 32% de los niños que acudió a urgencias necesitó ser hospitalizado por ese episodio de gastroenteritis, con 3 ± 2 días de estancia media. Siguiendo una puntuación de gravedad, en los casos positivos para rotavirus, el 27% fueron considerados graves frente al 12% de los casos negativos.

Conclusiones: Rotavirus es el principal agente causal de GEA en niños menores de 2 años, originando un elevado número de hospitalizaciones en nuestro medio en los meses de invierno.