

5. Brunetto O, Arias Cau AC, Insúa C. Convulsiones por hipocalcemia en un paciente portador de deficiencia de vitamina D, secundaria a déficit materno. *Arch Argent Pediatr.* 2006;104:431-44.
6. Oliveri MB, Ladizesky M, Mautalen C, Alonso A, Martínez L. Seasonal variations of 25 hydroxyvitamin D and parathyroid hormone in Ushuaia (Argentina), the Southern-most city of the world. *Bone Miner.* 1993;20:99-108.
7. Oliveri B, Cassinelli H, Mautalen C, Ayala M. Vitamin D prophylaxis in children with a single dose of 150000 IU of vitamin D. *Eur J Clin Nutr.* 1996;50:807.
8. Toaima FH, Al Ansari K. Nineteen cases of symptomatic neonatal hypocalcemia secondary to vitamin D deficiency: a 2-year study. *Journal of Tropical Pediatrics.* 2010;56:108-10.
9. Molla A, Al Badawi M, Hammoud M. Vitamin D status of mothers and their neonates in Kuwait. *Pediatr Int.* 2005;47:649-52.

10. Alonso Díaz C, Ureta Velasco V, Pallás Alonso CR y Grupo PrevInfad/PAPPS. Vitamina D profiláctica. Recomendaciones. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado agosto de 2009 [consultado 06 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/rec.vitamina.d.htm>.

R. Galindo Zavala\*, J.M. Ramos Fernández, A.M. Cordón Martínez y A.L. Urda Cardona

*Sección de Lactantes, UGC Pediatría, Hospital Materno Infantil de Málaga, HRU Carlos Haya, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rociogalin@hotmail.com](mailto:rociogalin@hotmail.com)

(R. Galindo Zavala).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.03.023>

## ¿Debemos esperar a que un niño sufra un traumatismo grave para sospechar un trastorno por déficit de atención hiperactividad? Estudio de casos y controles en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

### Do we have to wait for a child to suffer a serious injury to suspect a hyperactivity/attention deficit disorder? A case-control study of patients admitted to PICU

Sr. Editor:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición muy heterogénea, que puede dar lugar a manifestaciones diversas dependiendo de la edad, el sexo y la presencia de factores comórbidos. Se considera que el TDAH es un trastorno prevalente que si no es detectado y tratado de forma adecuada puede condicionar de forma negativa el futuro de los pacientes<sup>1-3</sup>. El deficiente control de impulsos que suelen presentar estos pacientes y la disminución en su capacidad de atención aumenta el riesgo de que sufran accidentes más o menos graves, de forma repetida<sup>4-7</sup>.

Con el objetivo de conocer la relación del TDAH con el ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como consecuencia de un traumatismo grave, hemos realizado un estudio de casos y controles retrospectivo que incluyó como casos a todos los pacientes traumatizados graves ingresados en nuestra UCIP entre junio de 2009 y octubre de 2010. Como grupo control se incluyeron igual número de pacientes con la misma distribución por edad y sexo, ingresados por otros motivos durante el período de tiempo considerado, elegidos al azar (según una tabla de números aleatorios). Durante el período de estudio ingresaron en nuestra UCIP 435 pacientes. Tanto en los casos como en los controles se revisó la historia clínica y se realizó una encuesta dirigida a la detección de síntomas

compatibles con manifestaciones nucleares del TDAH, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos de la DSM-IV<sup>8</sup>. Dicha encuesta fue presencial en los pacientes que precisaron acudir al hospital para otras consultas y telefónica en caso contrario. El número de pacientes con criterios positivos en ambos grupos se comparó mediante la prueba de ji cuadrado.

Se analizaron 18 casos y 18 controles, con edades entre 6 y 17 años y distribución niño/niña (17/1). En el grupo estudio (traumatizados), 12 pacientes (66,7%) cumplían criterios de TDAH, mientras que en el grupo control solo los cumplía uno (5,5%) ( $p < 0,001$ ). En el grupo estudio, los pacientes con encuesta positiva para TDAH sufrieron con mayor frecuencia accidentes de bicicleta o moto (8 en el caso de los pacientes con encuesta positiva para TDAH frente a 3 en pacientes con encuesta negativa). El tiempo de ingreso en UCIP de los pacientes traumatizados osciló entre 1 y 9 días, siendo la evolución favorable en todos ellos excepto uno (con encuesta positiva para TDAH) que presentó un traumatismo craneoencefálico grave por accidente de moto y evolucionó hacia estado vegetativo persistente y posteriormente falleció. De entre todos los pacientes con encuesta positiva para TDAH solo un paciente estaba diagnosticado de TDAH y no tomaba el tratamiento.

Nuestros resultados indican que en los niños ingresados en UCIP a consecuencia de traumatismos graves es mucho más probable la presencia de un TDAH que en los ingresados por otros motivos (en los que observamos una frecuencia similar a la referida para la población general). Estos datos, aunque limitados por el tamaño de la muestra y el método diagnóstico utilizado (que podría significar un sesgo de no detección de los casos menos evidentes), deberían ser considerados como un argumento más para reforzar la importancia del reconocimiento precoz de este trastorno. A pesar de la relevancia clínica del TDAH llama la atención la escasez de datos acerca de su repercusión mórbida en cuanto al riesgo de sufrir accidentes y traumatismos graves que precisan cuidados intensivos. Por ello, sería importante poner en marcha estudios prospectivos y multicéntricos para tratar de obtener nuevas evidencias que mejoren nuestros conocimientos sobre el tema y sirvan de

base para poner en marcha medidas de detección y tratamiento del problema. Consideramos que el TDAH y sus posibles consecuencias deben ser conocidos por todos los pediatras, de modo que se pueda realizar una evaluación y asistencia multidisciplinaria que, entre otros beneficios, debería contribuir a disminuir la incidencia y las consecuencias de los accidentes y traumatismos graves en la infancia y adolescencia.

## Bibliografía

1. Artigas Pallarés J. El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:5115-33.
2. Pascual Castro-viejo I. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP. Neurología Pediátrica*. 2008:140-50.
3. García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, San Feliciano Martín L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69:244-50.
4. Sabuncuoglu O. Traumatic dental injuries and attention-deficit/hyperactivity disorder: is there a link? *Dent Traumatol*. 2007:137-42.
5. Reimer B, Mehler B, D'Ambrosio LA, Fried R. The impact of distractions on Young adult drivers with attention deficit hyperactivity disorder. *Accid Anal Prev*. 2010:842-51.
6. Redelmeier DA, Chan WK, Lu H. Road trauma in teenage male youth with childhood disruptive behavior disorders: a population based analysis. *PLoS Med*. 2010;7:e1000369.
7. Clancy TA, Rucklidge JJ, Owen D. Road-crossing safety in virtual reality: a comparison of adolescents with and without ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006;35:203-15.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. En: DSM-IV. 40th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994, 78-85.

V. Crujeiras Martínez<sup>a,\*</sup>, Y. González Piñeiro<sup>b</sup>,  
L. Pérez Gay<sup>c</sup>, J. Eirís Puñal<sup>c</sup> y A. Rodríguez Núñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Pediatría, Hospital de Lugo, Lugo, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Neuropediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vanecrujeiras@hotmail.com](mailto:vanecrujeiras@hotmail.com)  
(V. Crujeiras Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.05.022>

## Enfermedad invasora por meningococo del serogrupo 29E

### Invasive meningitis due to serogroup 29E meningococci

Sr. Editor:

La enfermedad meningocócica continúa siendo un grave problema de salud pública en todo el mundo, con un importante impacto social y una elevada morbimortalidad. Se han determinado 13 serogrupos de *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) clasificados según el polisacárido capsular (A, B, C, D, X, Y, Z, 29E, W135, H, I, K, L), pero son los serogrupos A, B, C, Y y W135 los que principalmente causan enfermedad invasora<sup>1,2</sup>. En España, en la última década predomina el serogrupo B, seguido del C. Según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en la temporada 2009-2010 se registraron 440 casos de enfermedad meningocócica confirmada: 316 por el serogrupo B (71,8%), 56 por el serogrupo C (12,7%), 28 no grupables (6,4%), 23 por otros serogrupos (5,2%; 12 casos por Y, 4 por W135, 4 por A y 3 por otros) y 17 por serogrupo desconocido (3,9%)<sup>3,4</sup>.

En enero del 2012 ingresó en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona una niña de 17 meses de edad con enfermedad meningocócica, por lo demás sana, nacida en España de padres marroquíes, vacunada según el calendario de la comunidad autónoma de Cataluña (administración de la vacuna antimeningocócica C conjugada a los 2, 6 y 15 meses de edad), sin antecedentes de viajes recientes al

extranjero, ni la paciente ni los familiares. Ingresó en su hospital de referencia y posteriormente es trasladada a nuestro hospital por presentar shock séptico en el contexto de un cuadro de fiebre, hipotensión y exantema macular con lesiones purpúricas en los miembros inferiores de 12 h de evolución. En el análisis de sangre destaca una leucocitopenia de 1.900/mm<sup>3</sup> (60% neutrófilos, 38% linfocitos, 2% monocitos), proteína C reactiva de 2,4 mg/dl, procalcitonina de 98,2 ng/ml y tiempo de protrombina del 53% (*international normalized ratio* [INR]: 1,59). Ante la presencia de inestabilidad hemodinámica, no se realiza punción lumbar. Se administran fluidos y antibioticoterapia por vía intravenosa con cefotaxima (300 mg/kg/día). Requiere soporte respiratorio mediante ventilación mecánica invasiva, inicialmente convencional y luego con alta frecuencia por presentar fuga aérea bilateral, así como fármacos vasoactivos, hemodiafiltración y transfusión de hemoderivados. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar en 2 ocasiones. En el hemocultivo, realizado en el hospital de origen, y en la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real practicada en nuestro hospital, se detecta *N. meningitidis*. Se estableció el serogrupo de la cepa en el Laboratorio de Referencia de Neisserias de Majadahonda, que correspondió al 29E, resistente a la penicilina y sensible a la cefotaxima. La resonancia magnética craneal mostró lesiones hipóxico-ischémicas en la sustancia gris cortical, de predominio derecho, además de microhemorragias intraparenquimatosas multifocales. En el transcurso de las 5 semanas de estancia hospitalaria, la paciente fue presentando una mejoría clínica progresiva y se dio de alta con un adecuado contacto con el entorno, sin secuelas