

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

mayo agosto 2007

volumen 37

número 2

SUMARIO

ARTÍCULO ESPECIAL

Protocolo de atención a niños saharauis

N. García Sánchez, R. Macipe Costa

ARTÍCULO ORIGINAL

Crecimiento intraútero retardado. Evolución antropométrica a los dos años de vida posnatal

R. Pinillos Pisón, S. Torres Claveras, C. Fernández Espuelas, B. Navarra Vicente, A. Romo Montejo, M.P. Samper Villagrasa

SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres celebrada el 16 de junio de 2007 en Teruel

Enfermedad de Kawasaki atípica

S. Sebastián, S. Miralbés, M.T. Valero, J. Martín-Calama, M. Labay, J.A. Muniesa

Formas clínicas de inicio en el Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico

M. Salvatierra, I. Pastor, M. Medrano

Taquiarritmia como forma de presentación de anomalía de Ebstein

E. Muñoz, A. Ayerza, S. Meavilla, O. Bueno, J. Fleta, M.P. Samper, J.L. Olivares

Poliendocrinopatía/Autoinmunidad

S. Conde, G.M. Lou, M. Rodríguez

Esofagitis eosinofílica

S. Meavilla, Z. Pinillos, M. Biosca, R. García, A. Lázaro

Los recién nacidos de nidos: también existen. Presentación de un nuevo modelo unificado de historia del recién nacido

R. Boix, S. Miralbés, M. Muñoz, C. Cordeiro, C. Amoroso, C. Glesser

Síndrome de anafilaxia inducida por ejercicio asociada a alergia alimentaria. A propósito de un caso

M.B. Fernández, J. García, A. de Arriba, I. Guallar, J. Boné

Cojera en niño preescolar

E. Quevedo, R. Orellana, N. García, M. Heras

Actualización del protocolo de púrpura de Schönlein-Henoch

L. Zanduetta, I. Ruiz del Olmo, C. Campos, M.C. García, M. Justa, I. Pastor

Epilepsia refleja pura

M. Biosca, S. Meavilla, Z. Pinillos, R. García, M.J. López

El «pie de Teruel»: ¿una patología desaparecida?

S. Miralbés, J.M. de los Santos, S. Sebastián, A. García, C. de Miguel, F. Valle

BECAS Y PREMIOS





BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Órgano de expresión fundamental
de la Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria

Con la colaboración de



Edita:

**Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria**

Paseo de Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza

Dep. legal:

M. 21. 402-1970

I.S.S.N.:

1.696-358-X

Imprime:

TIPOLINEA, S.A.

Publicación autorizada por
el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

Fundador:

Luis Boné Sandoval

Dirección:

M.ª Pilar Samper Villagrasa

Secretario de redacción:

Gerardo Rodríguez Martínez
Juan Carlos I, 43, 12.º A
50009 Zaragoza
correo: gereva@comz.org

Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://www.comz.org/spars/spars.html>

Junta directiva:

Presidente:

Juan Elías Pollina

Vicepresidente 1.º:

Fernando Vera Cristóbal

Vicepresidente 2.º:

Nuria García Sánchez

Secretario General:

José Antonio Castillo Laita

Secretaria de Actas:

Isabel Lostal Gracia

Tesorero:

Antonio Valle Traid

Bibliotecaria

y Directora del Boletín:

M.ª Pilar Samper Villagrasa

Vocal por Huesca:

M.ª Jesús Oliván del Cacho

Vocal por La Rioja:

Juan Antonio Pérez Marrodán

Vocal por Soria:

José Miguel Galparsoro Arrate

Vocal por Teruel:

Fernando Guirado Giménez

Vocal por Zaragoza:

Isabel Moneo Hernández

Vocal de Pediatría

Extrahospitalaria:

Javier Sanz Aguares

Vocal MIR:

Mercedes Domínguez Cajal

Consejo de redacción:

Directora:

M.ª Pilar Samper Villagrasa

Secretario de Redacción:

Gerardo Rodríguez Martínez

Consejo de Redacción:

L. Alonso Tomás

C. Baselga Asensio

F. Cucalón Manzanos

F. De Juan Martín

J. Fleta Zaragozano

M.V. Labay y Matías

A. Lacasa Arregui

A. Lázaro Almarza

C. Loris Pablo

J.L. Olivares López

I. Pastor Mourón

V. Pérez-Chóliz

L. Ros Mar

F. Valle Sánchez

Presidentes de honor:

A. Martínez Martínez (†)

E. Casado de Frías

L. Boné Sandoval (†)

L. Ros Lavín (†)

J.M.ª Mengual Mur

M.A. Soláns Castro

A. Sarría Chueca

A. Baldellou Vázquez

M. Bueno Sánchez

M. Adán Pérez

A. Ferrández Longás

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

mayo
agosto
2007
volumen 37
número 2

SUMARIO

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

ARTÍCULO ESPECIAL

- 37 **Protocolo de atención a niños saharauis**
N. García Sánchez, R. Macipe Costa

ARTÍCULO ORIGINAL

- 43 **Crecimiento intraútero retardado. Evolución antropométrica a los dos años de vida posnatal**
R. Pinillos Pisón, S. Torres Claveras, C. Fernández Espuelas, B. Navarra Vicente, A. Romo Montejo, M.P. Samper Villagrasa

SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres celebrada el 16 de junio de 2007 en Teruel

- 47 **Enfermedad de Kawasaki atípica**
S. Sebastián, S. Miralbés, M.T. Valero, J. Martín-Calama, M. Labay, J.A. Muniesa
- 47 **Formas clínicas de inicio en el Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico**
M. Salvatierra, I. Pastor, M. Medrano
- 48 **Taquiarritmia como forma de presentación de anomalía de Ebstein**
E. Muñoz, A. Ayerza, S. Meavilla, O. Bueno, J. Fleta, M.P. Samper, J.L. Olivares
- 48 **Poliendocrinopatía/Autoinmunidad**
S. Conde, G.M. Lou, M. Rodríguez
- 49 **Esofagitis eosinofílica**
S. Meavilla, Z. Pinillos, M. Biosca, R. García, A. Lázaro
- 49 **Los recién nacidos de nidos: también existen. Presentación de un nuevo modelo unificado de historia del recién nacido**
R. Boix, S. Miralbés, M. Muñoz, C. Cordeiro, C. Amoroso, C. Glesser
- 50 **Síndrome de anafilaxia inducida por ejercicio asociada a alergia alimentaria. A propósito de un caso**
M.B. Fernández, J.P. García, A. de Arriba, I. Guallar, J. Boné
- 50 **Cojera en niño preescolar**
E. Quevedo, R. Orellana, N. García, M. Heras
- 51 **Actualización del protocolo de púrpura de Schönlein-Henoch**
L. Zanduetta, I. Ruiz del Olmo, C. Campos, M.C. García, M. Justa, I. Pastor
- 52 **Epilepsia refleja pura**
M. Biosca, S. Meavilla, Z. Pinillos, R. García, M.J. López
- 52 **El «pie de Teruel»: ¿una patología desaparecida?**
S. Miralbés, J.M. de los Santos, S. Sebastián, A. García, C. de Miguel, F. Valle

BECAS Y PREMIOS



May
August
2007
volume 37
number 2

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

CONTENTS

SPECIAL ARTICLE

- 37 Protocol of actuation to saharauis infants**
N. García Sánchez, R. Macipe Costa

ORIGINAL ARTICLE

- 43 Intrauterine growth retardation. Antropometric evolution at second year of life**
R. Pinillos Pisón, S. Torres Claveras, C. Fernández Espuelas, B. Navarra Vicente, A. Romo Montejo,
M.P. Samper Villagrasa

SOCIETY SESSIONS

GRANTS AND PREMIUMS



ARAGON - LA RIOJA - SORIA

Protocolo de atención a niños saharauis

Nuria García Sánchez¹, Rosa Macipe Costa²

Grupo de Cooperación Internacional de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
¹Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza. ²Centro de Salud Fuentes de Ebro, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 37-42]

JUSTIFICACIÓN

La llegada de aproximadamente 500 niños entre 8 y 12 años a la Comunidad Autónoma de Aragón en el Proyecto «Vacaciones en paz 2007», así como las dificultades sentidas por los profesionales, justifican la creación de un protocolo que de forma sistematizada garantice una atención correcta.

En general los niños saharauis que vienen a nuestro país de vacaciones se encuentran sanos, pero las condiciones propias de las carencias de salud⁽¹⁾ por el desfavorecimiento económico, la malnutrición, déficits específicos, inmunización inadecuada, padecimiento de enfermedades de alta prevalencia en el país de origen, tanto de tipo infeccioso como hereditario, los trastornos de adaptación, etc., suponen un RETO para el profesional.

Teniendo en cuenta que en estos casos el 67% de diagnósticos médicos pasan desapercibidos en la valoración inicial si no se sigue un protocolo⁽²⁾, es por lo que aconsejamos que siempre se siga una sistematización en la evaluación médica inicial. Sugerimos consultar las publicaciones existentes para la atención de niños extranjeros, considerando que el acogimiento temporal tiene características distintas⁽³⁻⁶⁾.

POBLACIÓN DIANA

Todos los niños saharauis que acuden a Aragón en el verano de 2007, en el programa «Vacaciones en paz», que suponen aproximadamente 500 niños entre 8 y 12 años.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el cuidado de salud de los niños de forma que permita acercarse al nivel de salud de los niños aragoneses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades infecciosas, carenciales y genéticas de alta prevalencia en los niños que viven en los campamentos de refugiados.
- 2) Conseguir una inmunización adecuada de todos los niños saharauis según los estándares inmunitarios de la República Árabe Democrática del Sahara (RADS) (tabla I), las necesidades epidemiológicas de su lugar de origen y condiciones de vida.
- 3) Favorecer la integración social de los niños durante la estancia.

ACTIVIDADES

Proponemos seguir el esquema indicado en la tabla II.

Actividades para el primer objetivo:

En la primera visita se realizará en la medida de lo posible una **anamnesis**.

Realización de **examen físico** lo más completo posible:

- Peso y talla. Índice de masa corporal.
- Auscultación cardiorrespiratoria. Pulsos femorales.
- Signos de malnutrición.
- Hepatoesplenomegalia.
- Palidez.
- Ictericia.
- Cicatriz de vacunación BCG.
- Caries.
- Genitales.
- Piel y cuero cabelludo.
- Examen de agudeza visual y alineación ocular.

Correspondencia: ngarcias@salud.aragon.es
rmacipe@gmail.com

Recibido en mayo de 2007. Aceptado para su publicación en mayo de 2007.

Tabla I. Calendario de vacunaciones a niños saharauis.

CALENDARIO OFICIAL DE VACUNACIONES DE LA RASD, 2.004								
VACUNAS	0-1 MES	2 MES	4 MES	6 MES	9 MES	18 MES	6 AÑO	14 AÑO
BCG Tuberculosis	BCG							
HB Hepatitis B	HB	HB		HB				
DTP Difteria, Tétanos Tosferina		DTP	DTP	DTP		DTP		
VPO Polio	VPO	VPO	VPO	VPO		VPO	VPO	VPO
S/ TV Sarampión e Tripla vírica (Sarampión, rubéola, paperas)					S	S ó TV	S ó TV	
DT Difteria y tétanos							DT	
Td Tétanos y difteria tipo adulto								Td

Significado de las abreviaturas
BCG. Vacuna frente a tuberculosis. Bacillus Calmette-Guerin.
DTP. Vacuna de difteria, tétanos y tos ferina.
Td o dT. Vacuna de difteria y tétanos para adultos (mayores de 7 años).
HB: Vacuna anti-hepatitis B.
VPO: Vacuna de la polio oral.
TV: Vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis).
D: Vacuna de difteria.
d: Vacuna de difteria adultos.
T: Vacuna de tétanos.
S: Vacuna de sarampión.
O: Momento de inicio de la vacunación.

Pruebas de cribado:

Debe plantearse una individualización.

Pruebas de screening a realizar en la primera visita:

- Hemograma.
- Transaminasas.
- Sideremia y ferritina.
- Serología para valorar necesidad de vacunación frente a Hepatitis B: HbsAg, anti-HBc y anti-HBs.

- Parásitos en heces. Tres muestras en días no consecutivos⁽⁷⁾.
- Sedimento de orina.

Pruebas de screening a realizar según sospecha clínica:

- Morfología de hematíes y estudio de hemoglobino-patías, si hemograma compatible (microcitosis con sideremia normal u otros hallazgos).
- Si se sospecha tuberculosis prueba de tuberculina y Rx de tórax.
- Anticuerpos anti gliadina, antirreticulina, antiendomisio, antitransglutaminasa tisular e inmunoglobulinas, si se sospecha celiaquía.
- Ante la presencia de bocio y/o sospecha de trastorno tiroideo se solicitará estudio o se enviará a especialista.

Actuaciones:

- Tratamiento de todas las enfermedades diagnosticadas.
- Derivación a atención especializada si procede, agilizando la primera visita mediante contacto directo con el centro correspondiente o a través de la asociación que tramita la estancia.
- Derivación a salud buco-dental si se detectan alteraciones.
- Completar calendario vacunal o iniciarlo de forma acelerada, según se especifica en «Actividades para el segundo objetivo. Adecuación de inmunizaciones».
- Registro de actividades según anexos I y II, entregando copia del mismo a los responsables del niño.

El conocimiento de los procesos más frecuentes en niños procedentes de campos de refugiados, que se describe a continuación, justifica estas pruebas y las actuaciones indicadas.

Tabla II. Esquema de la propuesta de atención a niños saharauis.

Primer día mes 0	15 días 0,5 mes	45 días 1,5 mes
Examen médico inicial Solicitud de analítica (incluye marcadores HB)	Valorar resultados análisis. Decidir si procede vacunar de HB.	
	Vacuna HB 1.ª dosis	Vacuna HB 2.ª dosis
Iniciar registro en expediente	Vacuna TV 1.ª dosis	
Otras actividades. Derivación a especialista si procede.		Registrar todas las actividades en cada visita.

Relación de los procesos más frecuentes en niños procedentes de campos de refugiados ^(1, 2, 3, 8, 9)

Trastornos nutricionales:

Malnutrición en general, trastornos del crecimiento y desarrollo.

Raquitismo por déficit de Vitamina D y calcio (sobre todo si piel negra).

Anemia ferropénica.

Otras deficiencias vitamínicas.

Exceso de yodo, trastornos tiroideos. Bocio.

Alteraciones del crecimiento y desarrollo:

Baja talla.

Pubertad precoz.

Alteraciones dentales:

Caries y destrucciones dentales.

Fluorosis.

Trastornos dermatológicos:

Escabiosis, pediculosis, micosis, impétigo, tiñas.

Deficiente inmunización:

En el Sahara existe un programa de vacunaciones estable desde hace 10 años ⁽¹⁰⁾ (tabla I).

La mayoría de niños no aportan su tarjeta de vacunaciones. Hemos de presumir que han recibido las vacunas del calendario oficial, aunque sin duda los porcentajes de población bien vacunada están lejos de los índices españoles. No es conveniente, por razones logísticas, vacunar a los niños saharauis de «Vacaciones en paz» siguiendo un calendario acelerado de vacunaciones. Son 10.000 niños en España, bastantes repiten o repetirán en años próximos.

Condiciones especiales y anemias hereditarias:

Enfermedad celíaca.

Beta talasemia, drepanocitosis, déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

Enfermedades infecciosas:

- Hepatitis B.
- Hepatitis A.
- Coinfección virus Delta.
- Tuberculosis (tanto infección tuberculosa latente como tuberculosis activa).
- Infecciones parasitarias. Protozoos. Helmintos. Oxiuriasis, giardiosis, ascariidiosis, amebiosis, himenolepiosis, etc.

Actividades para el segundo objetivo.

Adecuación de inmunizaciones: ⁽¹¹⁻¹⁴⁾

La prevención de enfermedades infecciosas mediante la práctica de la inmunización es especialmente importante en los niños que proceden de los campamentos por sus peculiares condiciones de vida. Teniendo en consideración el calendario vacunal vigente en el Sahara ⁽¹⁰⁾ (tabla I). Debemos tratar de completar su propio calend-

rio vacunal. Es presumible que la mayoría de estos niños habrán recibido vacunas frente a difteria, tétanos, tos ferina y polio e incluso hepatitis B.

Vacunación triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) para todos los niños la aplicación de **una dosis** es suficiente.

Las vacunas administradas se registran en el anexo II y en el registro del centro de salud, anotando fecha, laboratorio y lote.

La vacunación frente a hepatitis B requiere una consideración aparte.

Vacunación frente a Hepatitis B. Niños saharauis.

Marcadores prevacunales

En la población saharauí la prevalencia de esta enfermedad es muy elevada por lo que se incluyó la vacuna anti hepatitis B en el calendario de vacunación infantil desde 1999. A pesar de esta medida existen dudas sobre la protección alcanzada en estos niños, por las condiciones sanitarias especiales en los campamentos.

Desde el Ministerio de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) se solicita que a los niños que acuden al Programa «Vacaciones en paz» se les realicen marcadores séricos para conocer su estatus vacunal frente a HB, así como la administración de 2 dosis de vacuna separadas por 1 mes en aquellos niños que esté indicado. La Dirección de Prevención se encargará de administrar la 3.^a dosis de vacuna a los niños transcurrido el intervalo adecuado en los campamentos. Asimismo desde este organismo se solicita que a estos niños les sea realizada una exploración médica, administración de una dosis de vacuna triple vírica y registro de las vacunaciones administradas que se adjuntará junto con el expediente médico ⁽¹⁵⁾.

Antes de la vacunación de los niños procedentes de campamentos se deben solicitar los siguientes marcadores ⁽¹⁶⁾: HBsAg, anti-HBs y anti-HBc.

Resumimos de forma sencilla los resultados que podemos encontrar:

- Un nivel de **anti-HBs igual o superior a 10 mUI/mL significa protección**. La presencia de este marcador en solitario significa que la persona está inmunizada por la vacunación. Así pues no está indicada la vacunación anti HB.
- La presencia de HBsAg y anti-HBc, puede indicar infección crónica, que deberá ser estudiada más a fondo. No está indicada la vacunación. Los convivientes deben ser protegidos.
- Anti-HBs y anti-HBc indican con gran probabilidad infección resuelta. No está indicada la vacunación.
- La negatividad de estos marcadores supone que está indicada la vacunación anti HB.

Actividades para el tercer objetivo:

El apoyo a las familias que acogen a estos niños, la realización de los exámenes médicos de forma adecuada, con la sensibilidad y comprensión deseable, contribuirán en cierta medida a que la estancia sea más placentera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jerri Ann Jenista MD. The Immigrant, Refugee, or Internationally Adopted Child. *Pediatrics in Review* Vol 22, 12; 2001: 419-429.
2. Jane Aronson DO. Medical Evaluation and Infectious Considerations on Arrival. *Pediatric Annals* 29: 4/April 2000: 218-223.
3. Stauffer WM, Kamat D, Walker PF. Screening of international immigrants, refugees, and adoptees. *Prim Care*. 2002 Dec; 29(4): 879-905.
4. Masvidal Aliberch RM, Sau Giralt I. Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2004*. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: 251-258. [Consultado el 9 de junio de 2007] Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
5. Acuña Aller R (EAP Martín de Vargas), De la Peña García JR (EAP Las Calesas), Fernández C. Área I Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. Atención al Niño de Origen Extranjero. [Consultado el 9 de junio de 2007] Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
6. Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). [Consultado el 9 de junio de 2007]. Disponible en <http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm>
7. La Vía WV. Parasitic gastroenteritis. *Paediatr Ann*. 1994 Oct; 23(10): 556-560.
8. García Sánchez N. Atención pediátrica en una sociedad multicultural. Editorial. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2003, vol 33 n.º 1: 7-8.
9. García Sánchez N, Sáez de Adana Pérez ME, Cruz Hermosilla M, Lázaro Aláez AI, Navarro Cabañas G. Enfermedades prevalentes en el niño inmigrante. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2003, vol 33 n.º 1: 13-20.
10. Calendario oficial de vacunaciones de la RADS 2004, [Consultado el 12 de junio de 2007]. Disponible en <http://perso.orange.es/julibv/sanitat/docs/calenvacunaoficial04.pdf>
11. Guía práctica para la aplicación del programa de vacunaciones en Aragón. Actualización 2006. Documentos técnicos n.º 2. [Consultado el 9 de junio de 2007] Disponible en http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/SALUD PUBLICA/PREV_PROG/PROG_INMUN/GUIA_PRACTICA_PARA_APLICACION_PROGRAMA_VACUNACIONES_ARAGON_2006.PDF
12. García Sánchez N, De Juan Martín F. La vacunación del niño inmigrante y del procedente de adopción internacional. Un gran reto. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria* 2004; 34(2): 45-54. [Consultado el 27 de abril de 2007]. Disponible en <http://www.comz.org/Sociedades/spars/boletinspars/mayo-agosto%202004.%20PDF2.pdf>
13. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunación de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2007. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66(1): 62-69.
14. American Academy of Pediatrics. Reported of the committee on Infectious Diseases. Inmunización activa y pasiva. Refugiados e inmigrantes. En *Red Book* 2003. 26.ª edición. 2004 Ed en Español. Medical Trends, SL Barcelona, España. Págs. 76-77.
15. La atención médica de los niños saharauis a través del proyecto «Vacaciones en paz 2007» [Consultado el 9 de junio de 2007]. Disponible en <http://sahararesiste.blogspot.com/2007/05/la-atencion-medica-de-los-saharauis.html>
16. American Academy of Pediatrics. Reported of the committee on Infectious Diseases. Hepatitis B. En *Red Book* 2003. 26.ª edición. 2004 Ed en Español. Medical Trends, SL Barcelona, España. Págs. 308-316.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. J. Bibiloni Sancho, pediatra, coordinador salud AAPSIB, Baleares.

Por sus valiosas aportaciones a este documento.

ANEXO I. HOJA DE REGISTRO DE ACTIVIDADES

Apellidos y nombre:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Antecedentes relevantes:			
Examen médico a la llegada:			
Peso.	Percentil.	Talla.	Percentil.
IMC.	Percentil.	TA sist.	diast.
Piel		Cuero cabelludo.	
Boca	Caries.	Espalda.	
Auscultación cardio respiratoria.		Pulsos femorales.	
Abdomen.		HEM.	
Madurez sexual, estadios de Tanner:			
Mujeres.	Mamas.	Vello púbico.	
Varones.	Testículos.	Pene.	Vello púbico.
Criptorquidea.		Fimosis.	
Agudeza visual.		Hirschberg	
Pruebas complementarias:			
A. Sangre:		Orina:	
Parásitos en heces, tres muestras.			
Otras pruebas:			
Resultados anormales:			
Derivación a especialista:			
Tratamientos:			

ANEXO II. REGISTRO DE SEROLOGÍAS Y VACUNACIONES

Apellidos y nombre

Marcadores serológicos previos a la vacunación

Fecha	HB sAg	Anti-HBs	Anti-HBc	Otras	Otras

Observaciones:

Vacunación (anotar laboratorio y lote)

Fecha	Hepatitis B	Triple vírica	Otras	Dosis pendiente

Observaciones:

Crecimiento intraútero retardado. Evolución antropométrica a los dos años de vida posnatal

Raquel Pinillos Pisón, Sonia Torres Claveras, Cristina Fernández Espuelas, Beatriz Navarra Vicente, Agustín Romo Montejo, María Pilar Samper Villagrasa*

Hospital Universitario Miguel Servet. *Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 43-46]

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el crecimiento del niño con CIR (crecimiento intraútero restringido) a los dos años de vida posnatal.

Diseño del estudio: Se estudian 49 casos afectos de CIR. Se recogen 90 variables epidemiológicas y antropométricas a los 6, 12, 18 y 24 meses de edad. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, versión 12.

Resultados: El peso medio de niñas-niños a los 24 meses fue de 10,658 kg y de 11,391 kg respectivamente, realizaron un crecimiento recuperador a esa edad un 82,6%. La talla media fue de 84,43 cm y 87,20 cm (niñas-niños). Alcanzando un crecimiento recuperador a los 24 meses el 95,7%. No resultó significativa la relación del crecimiento recuperador con las variables sexo, peso al nacimiento, longitud al nacimiento, edad gestacional y tipo de CIR, mientras sí lo fue con la talla de la progenitora.

Conclusiones: Globalmente los niños con CIR siguen siendo más delgados y bajos que la población general. La media en peso y talla se sitúa inferior al percentil 50. Un porcentaje elevado han realizado el crecimiento recuperador a los 6 meses, siendo más importante a los dos años; de forma superior en talla que en peso. La evolución ha sido similar en el grupo CIR término-pretérmino y simétrico-asimétrico. Como factor predictivo se puede considerar la talla materna.

PALABRAS CLAVE

Crecimiento intraútero retardado, crecimiento recuperador, peso, talla.

Intrauterine growth retardation. Anthropometric evolution at second year of life

ABSTRACT

Aim: Evaluate child's growth suffer from IGR's (intrauterine growth retardation) in the second year of life.

Study's design: It was studied 49 child suffer from IGR. We obtained until 90 epidemiologic and antropometric «variables», at birth, 6, 12 and 24 months. The statistic analysis was done with SPSS programme.

Results: The average weight at 24 months was 10,658 Kg and 11,391 Kg (girls-boys). The «catch-up» was done by 82,6% at 24 months. The average height at 24 months was 84,43 cm for girls (little greater than 25 percentil) and 87,20 cm for boys. The «catch-up» was done by 95,7% at 24 months. The percentage of «catch-up» didn't present statistic differences between simetric-asimetric IGR and term-preterm IGR. The relationship between birth weight, birth height, sex, gestational age, kind of IGR with the «catch-up» didn't result significative, while it was significative with maternal height ($p < 0,05$).

Conclusions: Child suffer from IGR continue being shorter and thinner than the rest of child. A bigger percentage have done he «catch-up» at 6 months, being greater at 24 months, being bigger in height. The evolution has been similar for term-preterm and simetric-asimetric IGR. As predict factor for the «catch-up» can be considered the height maternal.

KEY WORDS

Intrauterine growth restriction, «catch-up», weight and height.

Correspondencia: Raquel Pinillos Pisón

Rubén Darío n.º 8, bajo 2.ª puerta. 50012 Zaragoza

E-mail: raquel_pinillos@yahoo.es

Recibido en mayo de 2007. Aceptado para su publicación en junio de 2007.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento posnatal normal muestra una importante progresión. El lactante dobla el peso a los 5 meses y lo triplica al año, mientras que la talla aumenta unos 25-30 cm al año⁽¹⁾.

Los niños afectos de CIR tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad en período neonatal e infantil, dependiendo del grado de repercusión, de la etiología y del momento de aparición. Se destaca la repercusión en el crecimiento y talla finales, con la posibilidad de una secuela permanente⁽²⁾. En general, se admite que alcanzan una talla y peso inferior que los nacidos de la misma edad gestacional pero de peso adecuado.

La mayoría muestra un crecimiento recuperador, también denominado «catch-up», antes de los 2 años, independientemente de si fueron términos-pretérminos⁽³⁾, si bien en algunos casos los prematuros pueden necesitar más tiempo para recuperarse⁽⁴⁾. Se estima que en un 10-15% de los casos no acontece dicho fenómeno, permaneciendo, sin ningún tratamiento, anormalmente bajos. Este grupo constituye en torno al 25% de los adultos con talla baja⁽⁴⁾, ocupando el CIR la segunda causa de talla baja tras las de tipo constitucional.

Se ha referido una aceleración del crecimiento durante los primeros 6 meses, con distinto comportamiento según autores, de forma que los CIR asimétricos lograrían una recuperación ponderal mayor⁽⁵⁾. Para otros los CIR simétricos recuperan antes la talla y los asimétricos hacen lo mismo con el peso⁽⁶⁾. Del Río y cols. sugieren una recuperación tardía en el caso de los simétricos o incluso una ausencia de tal recuperación⁽⁷⁾.

Como factores predictores del «crecimiento recuperador» se incluyen peso y talla al nacimiento, siendo la talla de mayor influencia. Algunos autores, sin embargo, encuentran ausencia de influencia del peso^(4,8). En el caso de los prematuros, la talla se cita como factor claramente superior al peso⁽³⁾. Además un factor importante para que el crecimiento recuperador persista es la talla genética diana heredada de los padres⁽⁸⁾, aunque en algún caso se refiere una ausencia de influencia de la misma⁽⁹⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 49 recién nacidos afectos de CIR en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza en el período comprendido entre el 10 de junio de 2002 y el 2 de octubre de 2003.

El criterio diagnóstico de CIR ha sido el límite del décimo percentil del peso ajustado para su edad y sexo según las gráficas elaboradas por Gacía-Dihinx⁽¹⁰⁾ y cols.

Para la valoración biométrica comparativa del crecimiento posnatal a los 6, 12 y 24 meses, se han utilizado las curvas de crecimiento del centro Andrea Prader. Hemos admitido como definición de «crecimiento recuperador» el recuperar el percentil 3.

Mediante contactos telefónicos, se recogieron los datos pondoestaturales extraídos de la cartilla de salud de las revisiones pediátricas (peso-talla a los 6, 12, 24 meses). Se incluyeron variables epidemiológicas relevantes como posibles factores predictivos del crecimiento recuperador.

Se consideraron dos subgrupos, término-pretérmino (37 a 41 y <37 semanas respectivamente) y simétrico-asimétrico, para lo que fue utilizado el Índice Ponderal de Röhrer⁽¹¹⁾, considerándose como umbral el valor 2,32 (percentil 10).

El análisis estadístico se realizó con el programa informático-estadístico SPSS (versión 12). Incluye el análisis descriptivo de todas las variables, tras la comprobación de la distribución normal, y uso de los test para objetivar diferencias entre medias de variables cuantitativas (T-Student) y cualitativas (Chi-cuadrado). Se consideró significación cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra se compuso del 43,8% de hombres frente al 56,3% de mujeres. La edad gestacional media fue $37,1 \pm 1,8$ semanas. Fueron términos un 64,6% y pretérminos 35,4%. El peso, talla y perímetro cefálico al nacer fueron 2.186 ± 280 gramos, $45,7 \pm 2,325$ cm y $32 \pm 1,329$ cm. El IP fue de $2,29 \pm 0,29$. Los CIR simétricos fueron un 44,7% frente a un 55,3% de asimétricos.

La evolución del peso en los 2 años de vida posnatal (6, 12 y 24 meses) queda reflejado en la tabla I. El incremento medio de peso fue de $6,33 \pm 698$ y $8,77 \pm 910$ g a los 12 y 24 meses. Realizaron «crecimiento recuperador» un 61,4%, 71,7% y 82,6% a los 6, 12 y 24 meses. El peso medio a los 6 meses de los RN términos-pretérminos fue de $5,58 \pm 0,85$ y $6,93 \pm 0,89$ kg ($p < 0,05$), sin diferencias significativas en cuanto a la realización del «crecimiento recuperador». Tampoco hubo diferencias en el subgrupo de CIR simétrico-asimétrico.

Tabla I. Peso a los 6, 12 y 24 meses de edad posnatal.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Peso (kg) 6M	4,88	8,64	6,7126	0,87146
Peso (kg) 12M	6,65	10,80	8,5245	0,97858
Peso (kg) 24M	7,80	13,69	10,9622	1,19109

Tabla II. Longitud/talla a los 6, 12 y 24 meses de edad posnatal.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Talla (cm) 6M	59,5	71,0	64,557	2,4279
Talla (cm) 12M	67,0	84,5	72,964	3,2148
Talla (cm) 24M	79,0	93,8	85,683	3,0140

La evolución en talla a los 2 años (6, 12, 24 meses) se muestra en la tabla II. El incremento de talla fue de $18,85 \pm 0,87$ y $39,98 \pm 0,67$ cm a los 12 y 24 meses. Realizaron un crecimiento recuperador un 81,8%, 87% y 95,7% a los 6, 12 y 24 meses.

La talla a los 6 meses de los RN término-pretérmino fue de $64,38 \pm 2,32$ y $64,87 \pm 2,36$ respectivamente ($p > 0,05$), sin diferencias significativas en el crecimiento recuperador entre ambos. Se comprobó «crecimiento recuperador» en el 100% de los CIR simétricos frente al 92% de los asimétricos a los 2 años, sin diferencias significativas en dicho grupo.

Analizando los factores predictivos de crecimiento recuperador; no hubo en ningún caso diferencias significativas al relacionarlo con las variables: sexo, peso y longitud al nacimiento, edad gestacional, tipo de CIR y talla paterna. La talla materna difirió en casi 9 cm entre los que habían realizado el crecimiento recuperador respecto de los que no lo hicieron, resultando significativo ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los lactantes de nuestra serie han hecho una progresión normal, duplicando prácticamente el peso a los 6 meses, triplicando al año y aumentado en longitud entre 25 y 30 cm el primer año.

En general se admite que los CIR alcanzan un peso y talla inferiores a la media⁽⁵⁾. En nuestro caso la media a los 2 años fue en peso ligeramente superior al percentil 10 y en talla inferior al percentil 50, de forma que podemos afirmar que los parámetros alcanzados son inferiores a la media poblacional.

La mayoría de los autores⁽¹²⁾ indican que existe un crecimiento recuperador antes de los 2 años de edad cronológica, no aconteciendo tal en un 10-15%. Nuestro

grupo lo realizó en un 82,6% en peso y un 95,7% en talla, con un alto porcentaje de «crecimiento recuperador» en talla, lo que podría deberse a: a) los laxos criterios de inclusión (recuperación del percentil 3 y no del 10) y b) a que el grado de CIR en nuestra serie era leve-moderado.

No hay diferencias significativas entre términos y pretérminos según la mayoría de los autores, si bien los prematuros necesitan más tiempo de recuperación en algunos casos^(3, 13). En el grupo analizado por nosotros no hay diferencia a los 2 años, pero tampoco la hay a los 6 meses, lo que hace que la recuperación de los pretérminos sea aún más llamativa.

Tampoco mostró significación la relación entre CIR simétrico-asimétrico desde el principio, no confirmando nuestro estudio las hipótesis de algunos autores de la recuperación más precoz de peso de los asimétricos y más tardía en general de los simétricos⁽¹⁴⁾.

Como factores predictores del «crecimiento recuperador» los resultados son contradictorios. En algunos trabajos se incluye el peso, como importante, y la talla al nacimiento, siendo esta última de mayor influencia^(12, 15). Sin embargo, otros autores encuentran una ausencia de influencia del peso^(8, 12), así como de las tallas de los padres⁽⁹⁾. Karlberg⁽⁴⁾ y cols. refieren como influyente la altura y talla media parental, sin tener en cuenta la edad gestacional ni el peso al nacimiento.

Nuestros resultados sugieren una ausencia de significación de todas las variables previamente nombradas con excepción de la talla materna, porque aunque la talla y peso al nacimiento de los que hicieron crecimiento recuperador era algo mayor, no resultó significativo. Sin embargo, la talla materna difirió en 9 cm ($p < 0,05$), por lo que podemos considerarla en nuestra muestra como predictora de la evolución posterior.

Como conclusiones, globalmente los CIR siguen siendo más delgados y bajos que la población general. La media en peso como talla se sitúa inferior al percentil 50. Un porcentaje elevado han realizado el crecimiento recuperador ya a los 6 meses, siendo más llamativo a los dos años, habiendo recuperado el percentil 3 en peso y talla respectivamente un 82,6% y 95,7%. El porcentaje de recuperación de talla es superior al de peso. La evolución ha sido similar en el grupo de CIR término-pretérmino y simétrico-asimétrico. Como factor predictivo para la realización del crecimiento recuperador se puede considerar la talla materna, con una relación directa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Needlman RD. Crecimiento y desarrollo. En: Behrman EE eds. Nelson Tratado de Pediatría (17.^a Edición Española). Madrid: Elsevier España; 2004, pp. 31-38.
2. Argente J, Martos Moreno GA. Indicación del tratamiento con hormona del crecimiento en el RCIU. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005, pp. 11-17.
3. Hokken-Koelega ACS, De Ridder MAJ, Lemmen RJ, Den Hartog H, De Muinck Keizer-Scharama SMPF. Children born small for gestational age: do they catch-up? *Peidatr Res* 1995; 38: 267-281.
4. Karlberg J, Albertsson-Wikland K. Growth in full term Small for Gestational Age Infants: from birth to final Height. *Pediatr Res* 1995; 38: 733-739.
5. Fitzhardinge PM, Steven EM. The small for date infant. Neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50: 50-57.
6. Nieto A, Matorras R, Serra M, Cortés J. Crecimiento intrauterino retardado. Evolución antropométrica al sexto mes de vida posnatal. *Prog Obst Gin* 1994; 37: 615-620.
7. Del Río A, García JA, De la Calle C. Estudio de la talla en recién nacidos pequeños para la edad de gestación. Evolución en los primeros 4 años de edad. *Endocrinol* 1995; 42(2): 21-25.
8. Job JC, Rolland A. Histoire naturelle des RCIU: croissance pubertaire et taille adulte. *Arch Franc Pediat* 1986; 43: 301-306.
9. Zhong-Cheng L, Albertsson-Wikland K, Karlberg J. *Pediatrics* 1988; 102(6): 72.
10. García-Dihinx Villanova J. Curvas de peso, longitud y perímetro cefálico según edad gestacional y sexo, de recién nacidos vivos en el Hospital Infantil Universitario «Miguel Servet» de Zaragoza. [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza 2002.
11. Rohrer F. Der Index der Körperpirille als Mass des Ernährungszustandes (Index of state of nutrition). *Munch Med Wochenschr* 1921; 68: 580-582.
12. Ibáñez L, Ferrer A. Síndrome metabólico y RCIU. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005, pp. 19-24.
13. Karlberg J, Albertsson-Wikland K, Baber FM, Low LCK, Yeung CY. Born small for gestational age: consequences for growth. *Acta Paediatr Suppl* 1996; 417: 8-13.
14. Nieto A, Matorras R, Serra M, Valenzuela P, Molero J. Multivariate analysis of determinants of fetal growth retardation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 53: 107-113.
15. Paz I, Laor A, Gale R, et al. Term infants with fetal growth restriction are not at increased risk for low intelligence scores at age 17 years. *J Pediatr* 2001; 138(1): 87-91.

Enfermedad de Kawasaki atípica

S. Sebastián Checa¹, S. Miralbés Terraza¹, M.T. Valero Adán¹, J. Martín-Calama Valero¹, M. Labay Matías¹, J.A. Muniesa Soriano²

¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Obispo Polanco. Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 47]

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad multisistémica, que cursa con vasculitis de pequeños y medianos vasos. Propia de lactantes y niños pequeños, su etiología es aún desconocida, presumiblemente infecciosa. Su diagnóstico es clínico, basado en la existencia de 5 de los siguientes 6 criterios: fiebre, inyección conjuntival bilateral, exantema, adenopatía cervical, alteraciones en labios y mucosa oral y alteraciones en las extremidades. Existen casos incompletos o atípicos que no presentan todos los criterios diagnósticos. El 20% de los niños no tratados desarrollan anomalías coronarias. El diagnóstico y tratamiento precoces impiden las lesiones cardíacas, primera causa de cardiopatía adquirida en países desarrollados.

CASO CLÍNICO

Niño de 23 meses de edad ingresa en nuestro servicio por fiebre de 9 días de evolución. Presenta congestión conjuntival bilateral no exudativa, eritema orofaríngeo y hepatomegalia 3 cm. Refiere molestias articulares difusas sin signos inflamatorios claros. El resto de la exploración física está dentro de la normalidad. Se había iniciado tratamiento con amoxicilina-clavulánico. La analítica sanguínea realizada

muestra leucocitosis con desviación izquierda, anemia, elevación del recuento plaquetario (cifra máxima 875.000) y aumento de reactantes de fase aguda (VSG 120 y PCR 203 mg/l). Con la sospecha diagnóstica de enfermedad de Kawasaki atípica se inicia tratamiento con inmunoglobulina endovenosa, ácido acetilsalicílico y antibioticoterapia de amplio espectro, quedando afebril tras 36 horas. El resto de exámenes complementarios (serologías, cultivos, ECG, estudio de autoinmunidad e inmunodeficiencias, Mantoux, estudio radiológico y oftalmológico) fueron normales. En controles ecocardiográficos realizados tras el alta hospitalaria se objetiva dilatación de arteria coronaria derecha de 4 mm y aneurisma gigante de 10 mm de diámetro en coronaria izquierda. Se añadió dipiridamol a su tratamiento. A los 3 meses de evolución, sufre infarto de miocardio por trombosis obstructiva de la arteria coronaria descendente anterior precisando tratamiento fibrinolítico. Fallece 3 meses tras parada cardiorrespiratoria por trombosis masiva coronaria.

COMENTARIOS

Existen formas incompletas o atípicas de enfermedad de Kawasaki en las que no están presentes todas las manifestaciones clínicas pero que deben ser reconocidas y tratadas precozmente.

Formas clínicas de inicio en el Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico

M. Salvatierra Arrondo¹, I. Pastor Mourón², M. Medrano San Ildefonso³

¹MIR Pediatría. ²Médico Adjunto de Pediatría. ³Médico Adjunto de Reumatología. Hospital «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 47]

INTRODUCCIÓN

El LES pediátrico representa un 15-20% del total de pacientes con LES. El diagnóstico no es común antes de los 10 años, siendo más frecuente en niñas.

No existe un síntoma o hallazgo exclusivo para el diagnóstico, por lo que el colegio americano de reumatología (ACR) ha establecido 11 criterios clínicos, de los cuales han de cumplirse 4 o más, no de forma simultánea.

Esta enfermedad tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas a su inicio, en este trabajo presentamos tres de ellas.

CASOS CLÍNICOS

En el primer caso presentamos una niña de 12 años con eritema malar en alas de mariposa junto con máculas eritematosas en áreas fotoexpuestas de dos meses de evolución a las que se unieron artralgias fugaces y astenia. En el segundo caso presentamos una niña de 9 años con cuadro de fiebre, astenia y cefalea de 2 semanas de evolución como síntomas de inicio que posteriormente co-

mienza con un leve eritema malar; y por último presentamos una niña de 11 años con dos ingresos anteriores en los últimos 4 meses por dolor torácico inespecífico con estudio completo normal descartándose la pericarditis y la pleuritis, que comienza con fiebre de un mes de evolución junto con artralgias en manos y pies con impotencia funcional matutina, hiporexia y astenia sin pérdida de peso. En el primer caso las manifestaciones iniciales fueron principalmente cutáneas, en el segundo y tercer caso son manifestaciones generales sistémicas los síntomas iniciales. En los tres casos se cumplían más de 4 criterios de la ACR para el diagnóstico del LES (entre manifestaciones sintomáticas y hallazgos analíticos) y el diagnóstico y tratamiento precoz fueron fundamentales para una buena evolución.

COMENTARIOS

Como se ve en estos tres casos, el LES tiene una gran variabilidad sintomática a su inicio por lo que no es fácil su diagnóstico, hay que pensar en él sobre todo porque se está viendo que la incidencia de esta enfermedad está en aumento.

Taquiarritmia como forma de presentación de anomalía de Ebstein

E. Muñoz Jalle, A. Ayerza Casas, S. Meavilla Olivas, O. Bueno Lozano, J. Fleta Zaragozano, M.P. Samper Villagrasa, J.L. Olivares López

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 48]

INTRODUCCIÓN

La anomalía de Ebstein es un espectro de anomalías congénitas que afectan al aparato valvular tricuspídeo. Consiste en el adosamiento anormal de las valvas tricuspídeas posterior y frecuentemente la septal, con un anillo aurículo-ventricular tricuspídeo descendido y dilatado, hacia el miocardio subyacente. Como consecuencia de esta inserción anormal parte de la porción de entrada del ventrículo derecho se atrializa, afectándose la función del mismo. Presentamos el caso de una niña afecta de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años, nacida en Ecuador, residente en España desde hace 5 años, que acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar de forma brusca palpitaciones, cianosis y disnea con posterior pérdida de conciencia de varios minutos de duración, de la cual se recupera espontáneamente. En los cinco años previos había presentado 10-12 episodios similares. Durante su traslado en ambulancia el ECG muestra una taquiarritmia a 190 lpm con ensanchamiento del QRS, que cede sin tratamiento antes de su llegada al hospital.

Exploración física: peso 59,200 kg (>P97); talla 151 cm (>P97). TA 117/66 mm Hg. Consciente y orientada. Normocoloreada. Abdomen con importante panículo adiposo, sin visceromegalias. Sopro sistólico en mesocardio II/VI, frecuencia cardíaca a 94 lpm, rítmica.

No edemas ni ingurgitación yugular. Pulsos periféricos perceptibles de forma simétrica.

Pruebas complementarias: Hemograma, Bioquímica, Gasometría y Enzimas Cardíacas: normales. Radiología de tórax: Cardiomegalia a expensas de aurícula derecha. ECG: alargamiento del QTc (487 m/seg.), onda P alta, onda delta visible en V2 y ondas Q profundas en II. Ecocardiograma: anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide que condiciona severa regurgitación (2,47 m/seg.); función sistólica normal.

COMENTARIO

La anomalía de Ebstein es una rara cardiopatía congénita, su incidencia se estima en 1/20.000 RN vivos.

La expresión clínica es variable, siendo la insuficiencia cardíaca la forma de presentación más frecuente en niños mayores. Aproximadamente un 25-30% de los casos cursa, en algún momento de su evolución, con taquicardia paroxística supraventricular, siendo el sustrato más común las vías accesorias aurículo-ventriculares (Síndrome Wolf-Parkinson-White). En la enfermedad de Ebstein las arritmias son un importante marcador pronóstico y en algunos casos pueden ser causales de muerte súbita cardíaca.

En la actualidad la ablación con catéter por radiofrecuencia es el tratamiento electivo en la mayoría, pudiéndose complicar el procedimiento en pacientes con cardiopatías congénitas.

Poliendocrinopatía/Autoinmunidad

S. Conde Barreiro¹, G.M. Lou Francés², M. Rodríguez Rigual³

¹Centro de Salud de Tamarite de Litera, ²Hospital «San Jorge» Huesca, ³Hospital Infantil «Miguel Servet» Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 48]

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años diagnosticada de hipoparatiroidismo primario a los 3 años tras crisis convulsiva con hipocalcemia de 5,5 mg/dl, magnesio 1,7 mg/dl, fósforo 9,4 mg/dl, ECG con QT ligeramente alargado. Posteriormente dos episodios de tetania. Hepatitis crónica autoinmune a los 5 años tras estudio por hipertransaminasemia, iniciándose tratamiento con Azatioprina y Prednisona, diabetes mellitus tipo 1 a los 8 años en un control rutinario glucosa en ayunas de 133 mg/dl, iniciándose estudio e insulinización, alopecia areata, candidiasis oral desde los 4 años, alteraciones tróficas dentarias y ungueales. La biopsia hepática demostró hepatitis crónica periportal autoinmune. Tiene anticuerpos anti-DNA 70,64 UI/ml (0-240), anti-GAD 1,4 (0-1,5), anti-LKM y resto de autoinmunidad negativa. IgA 45,7 mg/dl. Van de

Kamer; estudio nutricional normales. Función tiroidea y celiacúa negativas. ACTH, cortisol, LH, FSH, estradiol, progesterona normales. Microalbuminuria <0,2 mg/dl. Estudio HLA: DRB103, DRB104, DRB3, DRB4, DQB102, DQB103. Poblaciones linfocitarias y complemento normales. Aunque no tiene todavía insuficiencia suprarrenal parece encuadrar dentro del **Síndrome poliglandular autoinmune Tipo I**.

COMENTARIOS

El gen de la anomalía se denomina AIRE (regulador autoinmunitario) localizado en cromosoma 21q22. PGA tipo II, se asocia la enfermedad de Addison a hipo o hipertiroidismo y diabetes tipo I, o a vitiligo e hipogonadismo.

Esofagitis eosinofílica

S. Meavilla, Z. Pinillos, M. Biosca, R. García, A. Lázaro

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 49]

INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica es una inflamación crónica del esófago con un infiltrado eosinofílico importante (>15-20 /campo), que no responde a las medidas antirreflujo habituales. Descrita recientemente, poco frecuente y de etiología desconocida. Predomina en el sexo masculino y tiene un pico de incidencia a los 10 años.

CASO CLÍNICO

Antecedentes familiares: Madre asmática.

Antecedentes personales: Asma bronquial con sensibilización a olivo y plantago desde los 12 meses.

Historia actual: Paciente de 6 años, varón, remitido por disfagia ocasional de 2 años de evolución, imposibilidad de tragar determinados alimentos (pollo, conejo escabechado, y alguna fruta), sensación de impactación, y vómitos. La sintomatología se acentúa en primavera.

Exploración física: normal.

Pruebas complementarias: Perfil general: eosinofilia de 10,3%. Metabolismo del hierro: hierro 38,42lg/dl, capacidad de saturación de la transferrina 11,8%. Estudio nutricional: proteína transportadora de retinol 1,9 mg/dl. Inmunoglobulinas: IgE 3560 UI/ml.

Autoanticuerpos digestivos negativos. Esofagogastroscopia: estenosis esofágica de EES. Biopsia: abundantes eosinófilos (>15/campo) con esofagitis crónica activa. Esofagograma normal. Pruebas alergia alimentaria: sensibilización al melocotón.

Diagnóstico: esofagitis eosinofílica.

Tratamiento: exclusión del melocotón de la dieta.

Evolución: disminución de los episodios de atragantamiento y desaparición de los vómitos. Persiste sensación de picor y molestia faríngea, que predomina desde abril a junio.

COMENTARIOS

Existe una estrecha relación con la alergia alimentaria y los fenómenos de hipersensibilidad.

Para el diagnóstico es preciso realizar biopsias esofágicas múltiples.

La complicación más frecuente es la estenosis esofágica.

El tratamiento es controvertido. La eliminación del alérgeno y/o una dieta elemental han conseguido en algunos casos la mejoría clínica e histológica, al igual que los corticoides sistémicos e inhalados. Estudios recientes hablan de alternativas prometedoras: los antileucotrienos y la interleucina 5.

Los recién nacidos de nidos: también existen. Presentación de un nuevo modelo unificado de historia del recién nacido

R. Boix Cisneros, S. Miralbés Terraza, M. Muñoz Albillos, C. Cordeiro Costa, C. Amoroso Autori, C. Glesser Grimberg

Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 49]

La labor asistencial a los recién nacidos de «Nidos» o «Maternidad» no figura en ninguna estadística asistencial oficial del SA-LUD. El recién nacido fruto de un parto normal permanece una media de 3 días con su madre en el hospital, mientras que el que nace mediante cesárea supone una hospitalización media de 5 días. Durante 2006, los recién nacidos de Nidos generaron 3.141 estancias, frente a las 2.690 de los 810 recién nacidos, niños y adolescente ingresados en el Servicio de Pediatría.

En nuestro Hospital existe una Comisión de Perinatología donde se discuten temas que afectan a gestantes y recién nacidos, así como una consulta prenatal que, tras 5 años de funcionamiento, sigue siendo la primera y única en Aragón.

Fruto de la colaboración de diferentes Estamentos y Servicios, se han fundido las historias de la consulta prenatal, del neonato y

de enfermería en una única historia. Se realiza en una plantilla de 3 hojas desplegadas que consta de los siguientes apartados: datos de filiación, antecedentes personales, familiares y obstétricos de la gestante, control del embarazo actual, características del parto y atención inmediata del recién nacido, seguimiento clínico del mismo por parte del pediatra y enfermería, gráfica de constantes, alimentación y procedimientos realizados.

COMENTARIOS

La labor asistencial del personal sobre el recién nacido sano debe ser reconocida, precisando, por lo tanto, de historia al nacimiento e ingreso. La unificación de la historia clínica supone una evidente mejora en la calidad de la atención prestada al neonato.

Síndrome de anafilaxia inducida por ejercicio asociada a alergia alimentaria. A propósito de un caso

M.B. Fernández Vallejo, J.P. García Iñiguez, A. de Arriba Muñoz, I. Guallar Abadía, J. Boné Calvo

Unidad de Alergología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 50]

INTRODUCCIÓN

El síndrome de anafilaxia inducida por ejercicio asociada a alergia alimentaria (FDEIA) es un subtipo de anafilaxia inducida por ejercicio (EIA), en la que concurre el antecedente de ingesta de un alimento. Es un cuadro excepcional en los niños.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente con antecedente de alergia respiratoria y alimentaria. Ha presentado tres episodios de anafilaxia, todos ellos coincidiendo con la ingesta de productos de panadería y la realización de ejercicio físico inmediato. Durante el seguimiento, reevaluamos las pruebas cutáneas, presentando una nueva sensibilización al trigo. Habitualmente tolera alimentos con trigo (alergia subclínica). Tras instaurar una dieta exenta de trigo en las

horas previas a la realización de ejercicio físico, no ha vuelto a presentar episodios similares.

DISCUSIÓN

La EIA dependiente de alimentos (posprandial) es excepcional en edades pediátricas. Aunque son múltiples los alimentos que pueden desencadenarla, el agente más frecuentemente identificado es la fracción omega-5 gliadina del trigo. El ejercicio físico inmediato actúa como precipitante de mecanismos fisiopatológicos complejos que desencadenan la reacción anafiláctica. Para su diagnóstico es necesaria una detallada historia clínica. Recientemente disponemos de un reactante para la detección de anticuerpos frente a omega-5 gliadina (R tri a 9- ω -5). La prueba de provocación no siempre resulta positiva. La dieta exenta en trigo en las horas previas a la realización del ejercicio es la única medida útil demostrada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tewari A, Du Toit G, Lack G. The difficulties of diagnosing food-dependent exercise-induced anaphylaxis in childhood – a case study and review. *Pediatr Allergy Immunol* 2006; 17: 157-160.
2. Matsuo H, Kohno K, Morita E. Molecular cloning, recombinant expression and IgE-binding epitope of omega-5 gliadin, a major allergen in wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis. *FEBS J*. 2005; 272(17): 4431-4438.
3. Pérez Pimiento AJ, Fernández Parra B, Santaolalla Montoya M, De Paz Arranz S, Domínguez Lázaro AR. Síndrome de anafilaxia inducida por ejercicio. *An Med Interna* 2001; 18: 5; pp. 269-273.
4. Morita E, Yamamura Y, Mihara S, Kameyoshi Y, Yamamoto S. Food-dependent exercise-induced anaphylaxis: a report of two cases and determination of wheat-omega-gliadin as the presumptive allergen. *British Journal of Dermatology* 2000; 143: 1059-1063.
5. Novembre et al. Anaphylaxis in Children: Clinical and Allergologic Features. *Pediatrics* 1998; 101(4): E8.

Cojera en niño preescolar

E. Quevedo Sánchez¹, R. Orellana García², N. García Sánchez³, M. Heras Gironella⁴

¹MIR Pediatría, ²MIR Rehabilitación Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza.

³Centro de Salud «Delicias Sur». Zaragoza. ⁴Centro de Salud «Miralbueno». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 50]

CASO CLÍNICO

Niño de 5 años procedente de otro centro de salud que acude a consulta por dolor de tobillo derecho de 6 semanas de evolución, e imposibilidad para caminar. Había recibido tratamiento con reposo, vendajes y antiinflamatorios.

En la exploración física se evidencian claros signos inflamatorios en tobillo derecho (calor, rubor, tumor, dolor) e impotencia

funcional, con un perímetro de 19 cm frente a 17 cm del izquierdo. No presenta fiebre. En la marcha se aprecia cojera discreta. El resto de exploración es normal y se hace el diagnóstico de monoartritis de tobillo derecho.

Al recibir la historia clínica se observó que tenía antecedentes de asma y alergia. Hubo un cuadro de tos y dolor faríngeo en los 15 días previos. Recibió tratamiento sintomático.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

–Radiografía de tobillo derecho: normal.

–Factor reumatoide, ANA, serologías de brucelosis y Yersinia enterocolitica/Pseudotuberculosis. Negativos. Coprocultivo (-). Positividad de ASLO: 1150 UI/ml. Anticuerpos anti-celiaquía (incluido Ac transglutaminasa tisular) negativos.

–Reactantes de fase aguda muy discretamente elevados: PCR 0,6 mg/dl. y VSG 28 mm.

–HLA negativo para B27. A1, A2. B49 (21) B50 (21), BW4, BW6.

–Radiografía de caderas y ecografía abdominal normales.

Ante la sospecha de artritis reactiva posestreptocócica, se indica tratamiento con Fenoximetilpenicilina 250 mg/12 horas, oral, durante un mínimo de 6 meses para evitar reactivación estreptocócica.

EVOLUCIÓN

Tras 2 semanas de tratamiento se evidencia una clara mejoría clínica. Posteriormente la mejoría fue total, no apreciándose signos inflamatorios a nivel de tobillo derecho ni en ninguna otra articulación. Tampoco impotencia funcional ni cojera con la marcha. En los controles analíticos se comprueba una VSG 4 mm, descenso de los reactantes de fase aguda y del título de ASLO, siendo 709 UI/ml a los 2 meses de tratamiento. Permaneciendo negativos los ANA y el factor reumatoide. Finalizó el tratamiento antibiótico, permaneciendo asintomático tras 2 años y 9 meses de seguimiento.

COMENTARIOS

Revisar el diagnóstico diferencial de una monoartritis de más de 6 semanas de evolución. Destacar la importancia de las infecciones estreptocócicas como desencadenantes de otros procesos como artritis reactivas y fiebre reumática.

Actualización del protocolo de púrpura de Schönlein-Henoch

L. Zanduetta Pascual¹, I. Ruiz del Olmo Izuzquiza¹, C. Campos Calleja², M.C. García Jiménez², M. Justa Roldán³, I. Pastor Mourón⁴

¹Médicos Internos Residentes. ²Servicio de Urgencias. ³Servicio de Nefrología Pediátrica. ⁴Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 51]

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. Su etiología es desconocida aunque se relaciona con antecedentes infecciosos, farmacológicos, exposición al frío o picaduras.

En nuestro hospital se está trabajando en un «plan de mejora de urgencias pediátricas», uno de cuyos objetivos es la protocolización y evaluación permanente de la pauta de actuación en Urgencias.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos la revisión de los casos de PSH registrados en el año 2006, una revisión bibliográfica para actualizar las pautas diagnósticas y terapéuticas de nuestro protocolo y una evaluación del cumplimiento de los criterios de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Gay MA, Llorca J. Controversies on the use of corticosteroid therapy in children with Henoch-Schönlein purpura. *Semin Arthritis Rheum.* 2005; 35(3): 135-137.
2. Zaffanello M, Brugnara M, Franchini M. Therapy for children with Henoch-Schönlein purpura nephritis: a systematic review. *Scientific World Journal.* 2007; 7: 20-30.
3. Haroon M. Should children with Henoch-Schönlein purpura and abdominal pain be treated with steroids? *Arch Dis Child.* 2005; 90(11): 1196-1198.

El pasado año se atendieron en Urgencias un total de 58.887 pacientes, de los cuales 41 casos (0,07%) fueron diagnosticados de PSH: 15 fueron ingresados (36,6%), 22 fueron dados de alta (63,4%), de los cuales reconsultaron 5 y en 4 casos no se ha podido recuperar la historia. En cuanto al cumplimiento de nuestros indicadores de calidad, los resultados son: constancia de TA 82,35%, tira reactiva de orina 76%, hemograma 94,12%, y coagulación 88,24%.

COMENTARIOS

El grado de cumplimiento es elevado, aunque debemos insistir en la importancia de la realización de tira de orina y toma de TA para conseguir una detección precoz de la afectación renal que marca el pronóstico de la enfermedad.

4. Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, et al. Early prednisone therapy in Henoch-Schönlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr.* 2006; 149(2): 241-247.
5. Huber AM, King J, McLaine P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of prednisone in early Henoch Schönlein purpura. *BMC Med.* 2004; 2: 7.

Epilepsia refleja pura

M. Biosca, S. Meavilla, Z. Pinillos, R. García, M.J. López

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 52]

INTRODUCCIÓN

Las epilepsias reflejas se desencadenan tras estímulos como: sonido, luz, comer, mojarse, etc., siendo las manifestaciones clínicas variables. Pueden aparecer únicamente con el estímulo (puras) o de forma espontánea (mixtas).

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Menarquia a los 11 años. Asma e intolerancia alimentaria. No antecedentes familiares de interés.

Historia actual: Niña de 11 años y 8 meses remitida por varias crisis cerebrales bien definidas consistentes en hipotonía cervical, y en ocasiones secundariamente generalizadas con pérdida de conciencia, en relación con mirar la TV.

Exploración física: normal.

Pruebas complementarias: EEG con fotoestimulación: paroxismos punta-onda y theta generalizados a frecuencias intermedias, segundos después de iniciada la fotoestimulación. Perfil general, fondo de ojo y RMN craneal: normales.

Diagnóstico: Epilepsia fotógena o fotosensible pura.

Tratamiento: Ácido Valproico. No toma la medicación por aparición de efectos indeseables (alopecia, aumento de peso y somnolencia). Persiste la clínica y el EEG patológico. Se cambia a Topiramato y se obtiene pérdida de peso, adhesión al tratamiento, no crisis y un EEG normal.

COMENTARIOS

Las epilepsias fotosensibles se desencadenan por la estimulación luminosa intermitente. Especialmente frecuente en la infancia y particularmente en las niñas.

El EEG es fundamental para el estudio de la fotosensibilidad. La necesidad de tratamiento dependerá del tipo de crisis y de la sensibilidad a los estímulos visuales.

La aparición en la pubertad crea problemas de aceptación y de cumplimiento del tratamiento, precisando una atención especializada e individualizada.

El «pie de Teruel»: ¿una patología desaparecida?

S. Miralbés Terraza, J.M. de los Santos Juanes, S. Sebastián Checa, A. García Oguiza, C. de Miguel Pardo, F. Valle Sánchez

Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 52]

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por congelación en los pies fueron muy prevalentes en el Frente de Teruel durante la Guerra Civil española, ocasionando más bajas que las heridas por arma y recibiendo el nombre de «pie de Teruel».

La exposición prolongada al frío forma cristales de hielo en los tejidos, induce vasoespasmo y el recalentamiento, fenómenos oclusivos vasculares al restablecerse la microcirculación, lo que conlleva muerte celular.

Las lesiones dependen de la intensidad del frío, tiempo de exposición, viento, humedad, altitud o ropa utilizada. Se localizan preferentemente en zonas acras y los niños son más susceptibles.

En lesiones superficiales existe hiperemia, edema, flictenas y alteraciones sensitivas. El tratamiento inmediato puede conseguir recuperación completa. Está dirigido a detener el proceso de congelación, evitar trombosis e infección y rehabilitar áreas afectadas.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años que presenta inflamación e intenso dolor en zona distal de extremidades inferiores de pocas horas de evolución. Como antecedentes destacan la existencia de amigdalitis tratada con amoxicilina la semana previa y exposición al frío por un castigo familiar en las últimas 48 horas.

A la exploración se objetiva edema que se extiende desde pantorrillas a los pies, de palpación muy dolorosa y lesiones purpúricas en dorso de pies y dedos. El resto de la exploración física es normal. Evolutivamente aparece hipoestesia de región medial de ambos pies.

El estudio complementario demostró elevación de enzimas GOT, GPT, Fosfatasa Alcalina y Aldolasa. La CPK alcanzó un valor máximo de 66.780 UI/L. Se detectó mioglobina en sangre y orina. El resto de la analítica fue normal. Se realizó ecografía doppler de extremidades que no mostró patología.

Se instauró tratamiento con medidas físicas, fluidoterapia, antiinflamatorios, antiagregantes, anticoagulantes, vasodilatadores y antibióticos. Siguió controles por el Servicio de Psiquiatría y Servicios Sociales. Fue dado de alta con recuperación completa tras 17 días de ingreso.

COMENTARIOS

La lesión por congelación clásicamente es una patología propia de los tiempos de guerra. En la actualidad se ha incrementado por la práctica de deportes de montaña. Durante la infancia deberá valorarse dentro del diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos.

La fisiopatología de estos procesos así como su enfoque terapéutico son a día de hoy controvertidos.

Beca «José María Mengual Mur» de Investigación Pediátrica (Primer Premio) 2006-2007

«Estudio de la detección precoz de los factores de riesgo cardiovascular en niños aragoneses con bajo peso para la edad gestacional»

Ana Belén Lázaro Aláez

Médico Especialista en Pediatría. Hospital Universitario «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2007;37: 53]

INTRODUCCIÓN

El retraso del crecimiento intrauterino es el resultado final de varias noxas que pueden actuar en cualquier etapa de la gestación. Sus efectos deletéreos no se limitan al período fetal, sino que en algunos casos se prolongan más allá del nacimiento, dando lugar a retraso de crecimiento en la infancia y adolescencia y a trastornos metabólicos en la edad adulta que pueden estar en el origen del síndrome metabólico en el adulto.

Se postula que la compleja adaptación intraútero que sufre el feto ante los factores que afectan a su crecimiento se perpetúa en una programación patológica, que se traduce en un mayor riesgo de presentar el síndrome metabólico en épocas precoces de la vida. Este síndrome asocia obesidad, diabetes tipo 2 por resistencia a la insulina, hipertensión arterial, dislipemia, disfunción endotelial, accidentes cardíacos y cerebro-vasculares, muerte precoz, etc.

El objetivo del trabajo es el estudio de la presencia y asociación de factores de riesgo cardiovascular en los niños nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) en edades tempranas de la vida.

Se ha realizado un estudio caso-control de 60 niños nacidos en Zaragoza entre los años 2002-2003 obteniéndose una encuesta completa que incluía antecedentes personales y familiares, estudio antropométrico, analítico y ecográfico de la región carotídea.

Respecto a los resultados no se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos sin hallar mayor incidencia de factores de riesgo cardiovascular y de síndrome metabólico en el grupo de casos respecto a los controles. Ambos grupos se distribuyeron de la misma forma sin presentar diferencias en los antecedentes personales y familiares. En el estudio antropomé-

trico sólo se observaron diferencias respecto al peso y talla pero no a nivel del IMC y de pliegues. En el estudio analítico tampoco se observaron diferencias e incluso en el grupo control se observó una mayor tendencia a presentar niveles más elevados de colesterol total y de LDL colesterol. En la valoración de disfunción endotelial mediante el estudio del grosor carotídeo, no se observó ningún paciente que presentara signos precoces de arterioesclerosis.

En los últimos años se han acumulado evidencias que han demostrado la relación entre el bajo peso al nacimiento y las alteraciones metabólicas asociadas a mayor riesgo cardiovascular en la edad adulta.

No se puede negar que exista una relación de causalidad entre el bajo peso y el desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares en el futuro, pero en la muestra seleccionada de nuestro estudio, no se muestran a edades tan precoces factores de riesgo cardiovascular. Esta asociación puede no ser suficiente a esta edad y es posible que estos niños tengan la capacidad de desarrollar estos problemas en un futuro, pero probablemente es preciso que actúen otros factores para la que la enfermedad se manifieste.

El BPEG puede ser un factor predisponente pero sin la fuerza suficiente para expresarse, si no se agregan otros factores de riesgo. Aunque la muestra analizada no ha sido suficiente para negar la existencia de esta relación, podemos concluir diciendo que es una edad muy precoz para evidenciar factores de riesgo cardiovascular. Habría que proseguir con el estudio de estos pacientes en el futuro y realizar el mismo estudio en aquellos pacientes con BPEG en edades algo más tardías para mostrar si hay alguna evidencia de causalidad entre bajo peso al nacimiento y enfermedad cardiovascular.

Beca «José María Mengual Mur» de Investigación Pediátrica (Accésit) 2006-2007

«Asistencia diabetológica a través de los campamentos para niños y adolescentes diabéticos (experiencia de 24 años). Evaluación de su eficacia»

Gracia María Lou Francés, Mercedes Rodríguez Rigual, Jesús M. Garagorri Otero¹.

Unidad de Diabetes pediátrica. Hospital Universitario «Miguel Servet». Zaragoza.
¹Endocrinología pediátrica. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2007;37: 54]

OBJETIVOS

1. A) Recopilar lo que han sido los campamentos.
B) Constatar la evolución del tratamiento y su repercusión.
2. Utilidad de los campamentos.
3. Estudiar la calidad de vida en diabéticos adultos que acudieron a campamentos.
4. Estado clínico actual.

MATERIAL Y MÉTODO

Archivos de los campamentos de la Unidad de Diabetes Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde el año 1983.

Se elaboró una encuesta con 3 partes:

1. Valoración del beneficio que pudo suponer la asistencia al campamento.
2. Estado clínico actual de diabetes.
3. Encuesta de calidad de vida EsDQL.

PRIMEROS RESULTADOS

Han asistido 372 niños entre 10 y 17 años. Media: 2,4 turnos. Edad media: $13,2 \pm 1,1$.

Enviamos encuestas a 311 diabéticos entre 18 y 38 años que asistieron a campamentos, y 107 que no acudieron. Han respondido 167, 126 asistentes y 41 no asistentes, 48,1% hombres y 51,9% mujeres. Edad media: 26,5 años \pm 5,3. Años de evolución de diabetes: 17,74 años \pm 6.

En el primer campamento realizaban 1 análisis/día, y en 2006 4,5 análisis/día.

Han aumentado el número de inyecciones de 1,8 inyecciones/día a 4,6 inyecciones/día.

HbA1c media del primer campamento: 10,8% (8,6% HbA1c). En el año 2006 HbA1c: 7,3%.

El **recuerdo de los campamentos** fue **muy bueno** en el 68,3%. El **refuerzo de los conocimientos teórico-prácticos** fue bastante bueno en el 53,2%. El **sentimiento de libertad** tras haber acudido fue bastante bueno para el 43,5%. La **ayuda del campamento** para vivir mejor con la diabetes fue bastante buena para el 45,2%.

En el aprendizaje sobre la **técnica de autoinyección** fue Sí en el 80%, técnica de **autoanálisis** en el 81%, **dosificación de la insulina** en el 86,1%, y **modificar la dosis de insulina y la dieta** con el ejercicio físico en el 93%.

En el control metabólico conforme los niños/adolescentes iban yendo a más campamentos observamos que en general sí hay mejora de la HbA1c.

El «score» para la **satisfacción** da como resultado global de «bastante satisfechos», existiendo diferencia significativa entre asistentes y no asistentes. Refieren sentirse «casi nunca impactados, casi nunca **preocupados a nivel social** y casi nunca **preocupados por su diabetes**», sin haber diferencias significativas entre asistentes y no asistentes.

Según n.º de glucemias/día, glucemias posprandiales, control de carbohidratos, toma de azúcares refinados y horas de deporte/semana, 78,2% han obtenido regular autocontrol, 16,4% mal autocontrol y 5,5% buen autocontrol. Entre asistentes y no asistentes diferencia no significativa.

Complicaciones. Informan de padecer **Retinopatía** el 18,1% (21,1% de los no asistentes y 17% de asistentes), **Microalbuminuria** el 8% (13% de los no asistentes y 6% de asistentes), **Hipertensión (HTA)** el 7% (9% de los asistentes), **Neuropatía** el 10% (11% de los asistentes y 8% de los no asistentes).

La **HbA1c** ha sido como media: $7,54\% \pm 1,21$, $7,5\% \pm 1,17$ en asistentes y $7,65\% \pm 1,36$ en no asistentes, diferencia no significativa.

CONCLUSIONES

–Es una experiencia positiva avalada por el número de asistentes y útil en la transferencia a Endocrinología de adultos.

–Las contestaciones de la encuesta sugieren una mejora en la adaptación psicológica.

–El incremento de glucemias/día e inyecciones/día ha mejorado el control metabólico.

–Todos los encuestados se muestran bastante satisfechos con su calidad de vida, un poco más preocupados en relación con la problemática general de la Diabetes.

–No hemos encontrado influencia por haber asistido a campamentos en la calidad de vida en adultos.

Beca «José María Mengual Mur» de Investigación Pediátrica (Accésit) 2006-2007

«Estudio y evaluación del seguimiento y atención temprana de niños valorados por retraso psicomotor en la Unidad de Neuropediatria del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: período 1999-2003»

Raquel Cabrerizo de Diago, Javier López Pisón, Antonio Baldellou Vázquez

Hospital Universitario «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 55]

Son necesarias estrategias para el abordaje diagnóstico y el adecuado manejo de los niños con retraso psicomotor; motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica y neuropediátrica, que puede obedecer a múltiples causas y plantea un amplio abanico de posibilidades, desde la normalidad hasta importantes problemas del desarrollo.

Entre los recursos disponibles para atender a esta población se encuentra la Atención Temprana: conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

La optimización de recursos precisa como primer paso conocer las necesidades reales de la población y el grado actual de respuesta adecuada a esas necesidades.

Se analizan los niños que consultaron por retraso psicomotor en la Unidad de Neuropediatria del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante el período de 1999 a 2003, menores de 4 años en el momento de iniciarse el estudio.

En los 5 años que comprende este estudio, se valoraron 3.173 niños en la Unidad de Neuropediatria, siendo 1.473 menores de 4 años. En 205 el motivo de consulta fue retraso psicomotor (13,91% de los menores de 4 años). Tras excluir los exitus (5) y los de Fuera de Aragón (15) quedan incluidos: 122 niños (65,945%) y 63 niñas (34,054%). La media de edad fue 19,88 meses.

Procedencia: 57,29% de los niños fueron derivados desde pediatría de Atención Primaria, 19,45% desde consultas hospitalarias, 14,05% de los niños valorados en hospitalización o remitidos desde un ingreso en el hospital, 5,94% desde otros hospitales del área de referencia y 3,2% desde un centro de Atención Temprana.

Se hace un estudio descriptivo desde una perspectiva diagnóstica, analizando las exploraciones complementarias realizadas y su valor en establecer un diagnóstico sindrómico o etiológico.

En un 18% de los 185 pacientes no se realizó ninguna exploración complementaria, un alto porcentaje de pacientes en los que las pruebas realizadas fueron normales y aquellos con exploraciones con valor diagnóstico presentaban una historia clínica y/o hallazgos en la exploración compatibles con lo encontrado: 1 hipotiroidismo, 1 alteración de enzimas musculares y biopsia muscular patológica en 1 caso de enfermedad de Duchenne, 12 con hallazgos en neuroimagen, 6 con estudio genético alterado (2 casos de atrofia muscular espinal, 2 casos de hipoacusia no sindrómica, 1 síndrome de Angelman y 1 síndrome de William-Beuren) y 1 caso con fondo de ojo alterado sugestivo de retinopatía del prematuro.

Además se contemplan los diagnósticos funcionales, que es con los que se trabaja en Atención Temprana. Fueron: normalidad/retraso madurativo en 48,6%, afectación motora exclusiva (PCI o trastorno motor no cerebral) en 6,5%, afectación cognitiva con o sin trastorno motor en 32,5% y trastornos del espectro autista y otros trastornos del comportamiento en 12,5%.

Una segunda parte del estudio comprendió la realización de encuestas a las familias que valoren el impacto recibido al enfrentarse a la posibilidad o realidad de un problema de desarrollo, los diferentes recursos sanitarios, educativos y sociales, tanto públicos como privados a los que han asistido, así como el grado de satisfacción de los mismos.

El índice de respuesta obtenido es de 58,37% (108 respuestas de 185 remitidas) y el de no respuesta de 41,62% (77/185).

Sobre la atención recibida en Neuropediatria los 105 que respondieron: están satisfechos o muy satisfechos 60,9%, e insatisfechos o muy insatisfechos 14,2%. Sobre el tiempo dedicado: satisfechos o muy satisfechos 53,3% e insatisfechos o muy insatisfechos 17,1%. Sobre la información recibida satisfechos o muy satisfechos 57,1 % e insatisfechos o muy insatisfechos 19%.

Responden, asisten o han asistido a Atención Temprana: 62; no asisten: 38 y no contestan: 8. Un 75,8% están satisfechos o muy satisfechos y un 4,8% insatisfechos o muy insatisfechos.

Premio «Jerónimo Soriano» 2005-2006 de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria para ayuda a proyectos en países desfavorecidos

«Por un paraíso más habitable»

Santiago Conde Barreiro

Centro de Salud «Tamarite de Litera». Huesca

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 56]

RESUMEN

En República Dominicana no se ha desarrollado el sistema de Seguridad Social. Los hospitales públicos ofrecen servicios médicos a las personas con menos ingresos (incluyendo a los inmigrantes haitianos), si bien los recursos disponibles son mínimos.

El proyecto becado se destinó al Hospital Nuestra Señora de la Altagracia (HNSA), en Higüey, construido por Medicus Mundi en 1999. Es el único hospital público de la provincia de La Altagracia, que tiene una población de unos 200.000 habitantes (más de 250.000 si incluimos a los inmigrantes haitianos no censados). A pesar de encontrarse allí los complejos turísticos de Playa Bávaro y Punta Cana, es una de las zonas más desfavorecidas del país, y fue la más dañada por el paso del Ciclón Jeanne en septiembre de 2004.

En 2004, el ala de Pediatría disponía de 15 camas en 5 habitaciones, y 4 incubadoras estropeadas. Los colchones eran de material sintético y no disponían de sábanas. No había cunas para lactantes, y el equipamiento médico disponible era mínimo.

Por todo ello iniciamos con la Dirección del HNSA un proyecto para el área de Pediatría del Hospital, solicitando la Beca Jerónimo Soriano, con los objetivos de mejorar las condiciones de habitabilidad de todo el ala de Pediatría, garantizar la seguridad y cuidados mínimos de los niños ingresados, mejorar la calidad médica de la asistencia prestada, mediante la adquisición de

nuevos equipos médicos, y posibilitar el desarrollo de actividades lúdicas y educativas durante el ingreso.

El presupuesto inicial incluía: pintura y decoración de la planta con motivos infantiles; camas, cunas y ropa de cama; equipo médico pediátrico; televisores para las habitaciones y un vídeo VHS; juguetes y material educativo.

Tras conocer la concesión de la beca, se consiguió a través de una asociación local la financiación de la pintura y decoración de la planta, así como acondicionamiento de una sala de juegos, y un televisor. Un hospital norteamericano donó 4 incubadoras en buen estado. Adecuamos el presupuesto de una manera más coherente y decidimos comprar únicamente un vídeo DVD para la sala de juegos, destinando una mayor parte de la beca a la compra de material médico.

Para hacer efectivo el importe de la beca me desplazé a Higüey en octubre de 2006, acordando con la dirección del Hospital la distribución del importe de la beca, adquiriendo finalmente 5 nebulizadores (3 portátiles y 2 fijos), 2 esfigmomanómetros con brazaletes pediátricos, 3 estetoscopios, 2 balanzas pediátricas, 2 juegos de otoscopio-oftalmoscopio, 4 lámparas de exploración, 4 cunas, 20 juegos de sábanas, juguetes, material educativo, un armario y un reproductor DVD. También llevamos 2 cajas de medicamentos y una colección de DVD, así como otras aportaciones de familiares y amigos.

Desde estas líneas quiero agradecer junto a la dirección del HNSA la iniciativa y la concesión de la Beca Jerónimo Soriano por parte de la SPARS.

