



Atresia de vías biliares extrahepáticas. Nuestra experiencia de 20 años

Tripodi C., Alberto R, Ferrera R, Galvez C*, Pozo E, Zurita A. Servicio de Pediatría y *Radiodiagnóstico de Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción:

La atresia biliar extrahepática es un proceso inflamatorio que cursa con fibrosis, obliteración progresiva de la vía biliar extrahepática, lesión del parénquima hepático y de la vía biliar intrahepática. Su incidencia en Europa es de 1/18000 RN vivos. Su etiología es desconocida. El diagnóstico se realiza con criterios clínicos, analíticos y de imagen (ecografía hepática, gammagrafía HIDA). El tratamiento consiste en el soporte médico, nutricional, quirúrgico (portoenteroanastomosis de Kasai) y el trasplante hepático. La mortalidad sin tratamiento es del 100% antes de los tres años de edad.

Pacientes y métodos:

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo sobre una serie de casos clínicos de los pacientes con diagnóstico de atresia de vías biliares atendidos en nuestro Hospital desde el 1992 hasta el abril 2012.

Resultados:

Se han recogido los datos de siete niños con una edad media al diagnóstico de 51,1 días de vida. La manifestación clínica más frecuente fue la ictericia con hiperbilirrubinemia directa (valor medio: 8.2 mg/dl) y heces hipocolicas. Las pruebas de imagen apoyaron el diagnóstico en el 100% de los casos. Los pacientes fueron trasladados, en distintos momentos, a tres hospitales especializados. La portoenteroanastomosis de Kasai se realizó en todos los casos. En cuatro de los casos, se realizó un trasplante hepático (edad media: 8 meses). Dos de estos pacientes requirieron retrasplante hepático con una media de 54 días posteriores al primero.

Comentarios:

Ante una ictericia que se prolonga más allá de las dos semanas de vida es importante descartar una colestasis, mediante la determinación de la cifra de bilirrubina directa. Un alto índice de sospecha de esta enfermedad permite el tratamiento quirúrgico precoz, única medida terapéutica que puede condicionar un pronóstico menos desfavorable en estos pacientes. En este estudio revisamos la casuística y el espectro clínico-analítico de esta enfermedad en nuestro centro en los últimos 20 años.

Características de los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios

López Martínez I, Sangil González A, Rodríguez Santana Y, Sandiumenge Durán M, Rial González R, Peña Quintana L. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de G.C.

Introducción y objetivos:

Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios (TGIEP) engloban una serie de entidades caracte-

rizadas por inflamación rica en eosinófilos que afecta primariamente a una o a varias partes del tracto digestivo. Consideradas hasta hace poco como infrecuentes, han experimentado un aumento en su diagnóstico en los últimos años. Sin embargo, aún no existen datos claros sobre sus características. El objetivo del estudio fue describir y comparar las características de estos trastornos en la población pediátrica así como su evolución.

Método. Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de TGIEP en nuestro centro definiendo las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas así como la evolución tras tratamiento.

Resultados:

Se analizaron 21 pacientes (11 varones y 10 mujeres). La edad media fue 8,1 años (rango 2-14 años). Los diagnósticos evidenciados fueron: 11 esofagitis eosinofílicas (EE), 6 colitis eosinofílicas (CE) y 4 gastroenteritis-colitis eosinofílicas (GEE-CE). 14 casos presentaban antecedentes alérgicos predominantemente a ácaros (10) y alimentos (8). El tiempo medio de evolución sintomática fue 12 meses. Los síntomas más frecuentes fueron disfagia y atragantamiento en EE, dolor abdominal y rectorragia en CE y diarrea y retraso ponderal en GE. Se objetivó eosinofilia en sangre periférica en el 57% de los casos y aumento de Ig E en el 62%. La lesión endoscópica más frecuente fue hiperemia y friabilidad, aunque 6 pacientes presentaron endoscopia normal. Todas las muestras presentaban infiltrado >20 eosinófilos por campo de gran aumento. Se instauró dieta de exclusión en pacientes con alergia alimentaria. 9 pacientes con EE fueron tratados con fluticasona viscosa con evolución favorable. Los pacientes con CE y GEE-CE fueron tratados con corticoides en 8 de los 10 casos con menor respuesta clínica en 4 casos. Un caso con evolución desfavorable pertenece a un lactante con enteropatía pierde-proteínas que está siendo tratado con azatioprina con mejoría.

Conclusiones:

Los TGIEP tienen presentación variable dependiendo del tramo de tracto digestivo afectado. Gran número de pacientes asocian antecedentes alérgicos, pero su ausencia no excluye el diagnóstico. EE fue la entidad predominante. La evolución fue satisfactoria en todos las EE tratadas con budesonida inhalada y en la mitad de los pacientes tratados con corticoides.

Efecto de un producto lácteo enriquecido en ácido docosahexaenóico durante la gestación y lactancia sobre el estrés oxidativo del recién nacido a término

Rodríguez Santana Y, Lara-Villoslada F, Sebastián García I, Peña Quintana L, Sanjurjo P, Kajarabille N, Ochoa J, en nombre del grupo de trabajo NUGELA. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas. Departamento de Nutrición y Seguridad Alimentaria. Lactalis Puleva. Granada · Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaia · Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix". Granada

Introducción y objetivos:

La suplementación con el DHA (ácido docosahexaenóico) ha mostrado efectos beneficiosos durante la

gestación y en el recién nacido. Sin embargo, existen campos en los cuales esta suplementación no ha sido estudiada, en concreto la agresión oxidativa. Existe una conexión entre el DHA y el estrés oxidativo en el que se muestran efectos tanto prooxidantes como antioxidantes. Esta relación ha de ser considerada sobre todo en colectivos sometidos a una mayor agresión oxidativa como por ejemplo, las gestantes. El estrés oxidativo acompaña todo el proceso de la gestación y esta agresión aumenta en el momento del parto, tanto para la madre como para el recién nacido. Por lo tanto, este entorno oxidativo fisiológico hace necesario conocer el efecto que sobre él pueda tener cualquier tipo de suplementación que reciba la madre.

El principal objetivo de este estudio es evaluar el efecto de la suplementación materna con DHA durante la gestación y la lactancia, sobre el estrés oxidativo tanto en la madre como en el recién nacido.

Pacientes y métodos:

60 madres fueron divididas en dos grupos: A) Grupo suplementado (n=30): Durante el último trimestre de gestación y el periodo de lactancia se suplementa con 400 mg/día de DHA en forma de batido lácteo y B) Grupo Control (n=30): Toma el mismo batido sin el enriquecimiento con DHA. Se obtuvieron muestras de sangre de la madre, del cordón umbilical y del recién nacido. Se determinaron en plasma la capacidad antioxidativa total y el contenido en peróxidos y en citosol de eritrocito, la actividad de la enzima superóxido dismutasa (SOD).

Resultados:

La suplementación con DHA disminuye de manera significativa el contenido en peróxidos encontrado en el cordón umbilical y en el recién nacido a los 2,5 meses de vida postnatal, aumenta la capacidad antioxidativa total en el plasma del recién nacido y aumenta la actividad de la enzima SOD en el citosol de la arteria de cordón umbilical y del recién nacido.

Conclusiones:

La suplementación con DHA en forma de producto lácteo durante la gestación y lactancia muestra un efecto beneficioso sobre el estrés oxidativo que sufre el recién nacido tanto en el parto, como en los primeros 2,5 meses de vida postnatal.

Estudio clínico-epidemiológico de un prote de tos ferina en la isla de Gran Canaria

Alicia Eisman Maraver, Elena Colino Gil, Laura Florén Zabalá, Petra Matute Cruz, Pilar García Castellano, Jesús Poch Páez, María José Pena López. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

Objetivo:

Entre los años 2003-2007 se diagnosticaron 49 casos de infección por *Bordetella pertussis* (BP) en la población pediátrica en nuestra área1. Desde ese año y hasta mayo del 2011 sólo se habían diagnosticado 20 nuevos casos, pero a partir del 23

comunicaciones orales

... de mayo se observó un aumento del número de diagnósticos que alertó a los Servicios de Salud Pública que confirmaron la existencia de una situación epidémica. El objetivo del estudio fue describir las características clínico-epidemiológicas de un brote de tos ferina en la isla de Gran Canaria.

Pacientes y métodos:

Se incluyeron los 57 pacientes pediátricos que acudieron a los centros de salud y al único hospital pediátrico de la isla desde el 23 de mayo hasta el 13 de diciembre de 2011 con un cuadro de tos ferina confirmado microbiológicamente. El diagnóstico microbiológico se realizó por detección de BP por PCR en tiempo real (LightMix™ Kit Bordetella pertussis and parapertussis-TIBMObiol). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados (24 pacientes) y las fichas de declaración epidemiológica de los no ingresados (33 pacientes). En todos los pacientes se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, antecedentes de vacunación, fuente probable de infección) y en los ingresados se recogieron los datos clínicos (síntomatología, datos de laboratorio y tratamiento).

Resultados:

Características epidemiológicas: De los 57 niños, 27 (47,4%) fueron varones y 23 (40,4%) menores de 1 año (20 menores de 6 meses). La edad media en los mayores de un año fue $6 \pm 3,8$ años (intervalo: 1-13). El 71,9% de los niños estaban correctamente vacunados (34,1 % con 5 dosis, 19,5% 4 dosis, 17,1% 3 dosis, 4,9% 2 dosis y 24,4% una dosis). Nueve (15,8%) niños no habían recibido ninguna dosis (7 por su edad) y 6 (10,5%) tenían una vacunación incompleta para su edad. El 38,6% del total de casos diagnosticados había recibido más de 3 dosis, estando correctamente vacunados. En 23 (40,4%) casos se pudo identificar una probable fuente de infección (60,9% en menores de 1 año y 26,5% en mayores de 1 año; $p < 0,05$). Un 52,6% de los casos se produjeron en los meses de julio-agosto.

Manifestaciones clínicas: De los 24 niños que ingresaron, 12 (50 %) fueron varones y 21 (87,5%) menores de un año (edad media: 3 ± 2 meses; intervalo: 0-9). El patrón clínico típico consistió en tos paroxística y cianosis (95,8%). El cuadro clínico se complicó en un caso con una neumonía basal derecha y 4 (16,7%) niños presentaron apnea. Todos los niños presentaron linfocitosis, 18 (75%) leucocitosis y 11 (45,8%) trombocitosis. Todos los pacientes recibieron tratamiento con azitromicina durante 5 días con evolución favorable.

Conclusiones:

El alto porcentaje de niños correctamente vacunados en el brote de tos ferina hace sospechar una eficacia vacunal más baja de la esperada. Se encontró un vínculo epidemiológico en el 40,4% de los casos.

Las manifestaciones clínicas fueron las típicas y la evolución favorable, sin importantes complicaciones, probablemente por una mayor sospecha clínica y por un tratamiento precoz.

1Horcajada I, et al. An Pediatr (Barc) 2008; 69: 200-4.

Estudio retrospectivo de las sedaciones realizadas por el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos en el año 2011

Guajardo Scott C., Gómez Rodríguez V., Hernández Sanjuan I., Rodríguez Carrasco E., Solís Reyes C., León González J.

Servicio de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción:

En la práctica diaria nos enfrentamos con procedimientos y situaciones que provocan dolor y/o ansiedad en el niño. Para el control del dolor y disminución de la ansiedad que provocan algunas de nuestras actuaciones disponemos de distintas opciones de analgesia y/o sedación. Así en nuestro hospital, en estas situaciones son los intensivistas pediátricos los encargados de llevar a cabo esta tarea en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) así como en otras unidades no pediátricas.

Método:

Hemos revisado retrospectivamente todas las sedaciones llevadas a cabo por los intensivistas pediátricos desde enero hasta diciembre del 2011, tanto en la UCIP en pacientes no ingresados en la unidad y que solo eran trasladados para la realización del procedimiento o estudio diagnóstico bajo mayor monitorización, como en otras unidades no pediátricas o de estudios de imagen.

Resultados:

En las sedaciones realizadas fuera del servicio siempre se realizó monitorización mínima con pulsioximetría, mientras que en las de la unidad la monitorización era con electrocardiograma, pulsioximetría y medición de la tensión arterial. Se realizaron un total de 98 sedaciones, de las cuales el 40,8% se realizaron en la UCIP y en el 59,2%, fue el pediatra el que se trasladó a otra sección del hospital. Se sedaron a 59 varones (60,2%) y 36 mujeres (36,7%), con una edad media de 5,09 años (1 mes-15 años). En los 98 casos, se llevaron a cabo 110 procedimientos o técnicas diagnósticas, por lo que en 12 ocasiones se realizaron 2 en el mismo acto. En la tabla adjunta se muestran las técnicas o procedimientos realizados según el orden de frecuencia. Las aspiraciones de médula ósea y la administración de quimioterapia intratecal fueron los procedimientos más frecuentes de forma simultánea, ya que se realizaron en pacientes con leucemias agudas en tratamiento. Tras ellos los más realizados fueron tomografías axiales y canalizaciones de vías venosas. En cuanto a las complicaciones, en el 73,7% de los casos no se produjo ninguna, mientras que en el 26,3% tuvo lugar una depresión respiratoria que requirió la administración de mayor cantidad de oxígeno e incluso de presión positiva en 4 casos donde ésta fue importante.

Conclusiones:

En todos los casos se realizó bajo una mínima monitorización con pulsioximetría. En más de la mitad de los casos las llevaron a cabo fuera de la UCIP. Los procedimientos más frecuentes fueron la aspiración de médula ósea y la administración de quimioterapia intratecal. En la mayoría de los casos no hubo ninguna complicación y dentro de éstas lo más frecuente fue la depresión respiratoria.

Hepatitis autoinmune. Casuística de nuestra Unidad

Rodríguez Santana Y, Sandiumenge Durán M, Sangil González A, Moreno Cantó C*, Rial González R, González San-

tana D, Ramos Varela JC, Peña Quintana L. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas

Objetivos:

Describir las características clínicas, analíticas, histológicas y la respuesta terapéutica de pacientes con hepatitis autoinmune (HAI) en nuestro medio.

Pacientes y métodos:

Revisión retrospectiva de los 14 pacientes diagnosticados de HAI en nuestra unidad en un periodo de 10 años con un tiempo medio de seguimiento de 4 y ½ años (1-9 años). Se valoró forma de presentación, presencia de otra enfermedad autoinmune en el paciente y familiares, signos de la exploración física, tratamiento y evolución. Se realizó función hepática, inmunoglobulinas inespecíficas, alfa1 antitripsina, cobre, ceruloplasmina Y cupruria, ferritina, serología de virus hepatotropos, consumo de medicamentos hepatotóxicos y/o alcohol, autoinmunidad (ANA, ANCA, AMA, ASMA, ANTICITOSOL, y antiLKM1) y ecografía abdominal. Se practicó biopsia hepática al diagnóstico en todos los casos.

Resultados:

14 pacientes: 9 mujeres y 5 varones. Edad media al diagnóstico de 8,5 años (2-14 años). Asociación con enfermedad Celiaca y Tiroiditis de Hashimoto en 2 pacientes. La forma de presentación más frecuente fue hipertransaminasemia asintomática en 9 pacientes (64%). Un paciente (7%) presentó dolor abdominal y astenia. Tres pacientes (21%) presentaron una forma de comienzo aguda tipo hepatitis icterica, con evolución en uno de ellos a insuficiencia hepatocelular. A la exploración hepatoesplenomegalia en 3 niños e ictericia en tres. La media de valores máximos para AST fue 780 (76-3799), ALT 797 (87-2470), GGT 245 (13-2220), FA 567 (45-3110) y para IgG 1730 (x1.1 su valor normal). La puntuación media del score del Grupo Internacional de HAI fue 17 (12-22). La serología demostró en una niña infección reciente por CMV al diagnóstico. En los restantes fue negativo. Los autoanticuerpos detectados fueron ANA (57%), ASMA (35,7%), antiLKM1 (14,2%) y anticitosol hepático (7%). El 57 % de los pacientes tiene HAI tipo 1 y 14,2% HAI tipo 2. En 4 pacientes (28.5%) todos los anticuerpos estudiados fueron negativos, por lo que no pudieron clasificarse. La biopsia hepática demostró hepatitis crónica con necrosis y fibrosis moderada (53,8%), hepatitis con leve actividad inflamatoria (30,7%) y cirrosis (7%). Todos los pacientes han recibido tratamiento con corticoides y azatioprina, con buena evolución clínica y normalización de las enzimas hepáticas.

Conclusiones:

Asistimos a un aumento de la incidencia de HAI en nuestro medio. Cursa mayoritariamente de forma asintomática con estadio avanzado al diagnóstico, por lo que es importante su detección precoz para evitar la progresión histológica.

Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. A propósito de 13 casos

R. Beltrà Picó; C. Hernández Castelló; A.S. Gbénou; S.A.

Mogueya; J. Wardak; G. Hounnou; J. Uroz Tristán. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria Unidad de Cooperación Internacional del Servicio Canario de la Salud.

La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) de aparición tardía es una patología poco frecuente en los países desarrollados y que sin embargo tiene una mayor incidencia en los países en vía de desarrollo.

Presentamos 13 pacientes (entre 4 meses y 8 años) tratados quirúrgicamente (período 2006-2009) en Afganistán, Mauritania, Benin y Las Palmas. 11 niños presentaban HDC de Bochdalek y 2 HDC de Morgagni. 10 casos debutaron con sintomatología moderada y los otros 3, grave.

La sintomatología predominante fue vómitos, disnea y retraso del crecimiento.

En 10 HDC de Bochdalek se procedió al cierre diafragmático a través de laparotomía y en una por toracoscopia. Las dos de Morgagni mediante laparoscopia. Todos los casos evolucionaron inicialmente satisfactoriamente, sin incidencias significativas. Se registró un fallecimiento tardío.

La incidencia de HDC de aparición tardía es superior en países en vía de desarrollo, debido a la escasa sintomatología que las acompaña y a la insuficiente implantación de controles pediátricos seriados que consiguen detectar los problemas antes que den clínica importante.

Por ello se suelen acompañar de malnutrición y retraso en el crecimiento.

Un buen factor pronóstico es la adaptación y desarrollo del pulmón hipoplásico.

Hipertensión renovascular: experiencia en nuestro centro

Díez Recinos, A.¹; Canino Calderín, E.¹; Moreno Cantó, C.¹ Ramos Macías, L.²; Valenciano Fuente, B.²; Rodríguez González, A.² Servicio de Pediatría¹. Unidad de Nefrología Pediátrica². Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno-Infantil de Canarias.

Introducción:

La hipertensión renovascular (HTRV) constituye una importante causa de hipertensión grave y susceptible de tratamiento en los primeros años de vida. La estenosis de la arteria renal es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) que puede corregirse de forma quirúrgica. Su prevalencia guarda relación inversa con la edad. El manejo de la HTRV ha evolucionado en las últimas décadas. El desarrollo de la angioplastia transluminal percutánea ha facilitado el abordaje de estos pacientes

Objetivo:

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de HTRV en nuestro centro, describiendo factores epidemiológicos, clínica, tratamiento y evolución.

Pacientes y métodos:

Siete pacientes fueron diagnosticados de HTRV, 5 va-

...

comunicaciones orales

... rones (72%) y 2 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 3.15 años (2 meses-11.5 años). De los 7 pacientes, 4 (57%) eran menores de 1 año, y 3 de ellos menores de seis meses

La clínica en terminos generales fue inespecífica en los pacientes de menor edad, siendo en los de mayor edad el diagnóstico al estudio de HTA asintomático.

La afectación por sistemas presentado fue: renal en 100% de casos; cardiológica en 85% de casos y neurológica en 28%.

La afectación vascular renal fue de predominio izquierdo y múltiple.

La duración del seguimiento de nuestros pacientes fue de 7. 25 años (10 meses a 14 años)

La prueba diagnóstica realizada en todos los casos fue la arteriografía y angio RMN en el 43% de los casos.

Todos los pacientes necesitaron dos o más fármacos antihipertensivos para control de la HTA.

El tratamiento quirúrgico realizado fue dilatación percutánea con balón (ATP) en 6 pacientes (85%), 3 de ellos precisaron nefrectomía posterior por HTA no manejable con tratamiento médico.

Conclusiones:

La clínica cardiológica y neurológica presente en los pacientes de menor edad nos debe alertar hacia la búsqueda de la HTRV. La arteriografía renal es la técnica diagnóstica gold-standard ante la sospecha clínica de HTRV. Seguimos defendiendo la APT como primer tratamiento para pacientes con este diagnóstico

Nuestra experiencia en el tratamiento de los hemangiomas con beta bloqueantes. resultados preliminares

Falcón Suárez C., Hernández Castelló C., Santana Ramirez R. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil de Canarias. Las Palmas

Introducción:

Los hemangiomas son tumores benignos frecuentes en la infancia. El uso de beta bloqueantes orales constituye un novedoso tratamiento de los mismos. Dicho fármaco actúa regulando los procesos de angiogénesis e induciendo la apoptosis de las células endoteliales, siendo seguro con escasos efectos secundarios.

Material y métodos:

Presentamos los resultados preliminares de una serie de 23 pacientes (19 niñas y 4 niños) afectados de hemangiomas y a los que se le indicó tratamiento con propanolol entre el periodo comprendido de junio 2009 hasta abril 2012. La terapia se indicó a la edad desde 1 mes-13 años (media 34 meses). 14 de los hemangiomas estaban localizados en cabeza y cuello, 4 en tronco, 8 en extremidades y 2 en región perianal. Se evaluaron periódicamente cambios en la consistencia, volumen y coloración. Se consideró como buena respuesta la reducción a la mitad de su tamaño y mala respuesta la reducción de menos de un cuarto de su tamaño.

Resultados y Conclusiones:

Se indicó tratamiento a 23 pacientes. 9 pacientes abandonaron voluntariamente (siendo la causa el descono-

cimiento y miedo al fármaco por parte de los padre). 1 lo interrumpió por recomendación de Cardiología y 1 por antecedente personal de asma. 2 pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por secuelas de los hemangiomas. Hubo buena respuesta con remisión completa en 2 pacientes. 6 pacientes continúan tratamiento en la actualidad con buena respuesta. Se perdieron los datos de 2 pacientes. Ningún paciente presentó efectos secundarios. No hubo recurrencias en los que finalizaron el tratamiento.

Consideramos que el propanolol es un fármaco novedoso, seguro y eficaz, por tanto es el tratamiento inicial de elección en los hemangiomas infantiles.

¿Podemos realizar una adecuada prevención de la obesidad infantil en Canarias?

Rosa Gloria Suárez López de Vergara¹, Alberto Armas Navarro². ¹Pediatra del Servicio de Promoción de la Salud, ²Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.

Antecedentes:

La Obesidad fue definida en 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ como epidemia mundial del siglo XXI. Hoy continúa siendo un importante problema de salud pública.

En España los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad (MSSSI) indican que este problema parece que se ha estabilizado, pero el sobrepeso continúa afectando al 26,1% de los escolares estudiados y la obesidad al 19,1% (Estudio ALADINO)². En Canarias las cifras son más elevadas, del mismo modo que en el estudio Enkid3.

Objetivo:

Plantear actuaciones coordinadas desde los servicios de salud.

Método:

El Servicio Canario de la Salud ha puesto en marcha el trabajo coordinado, encaminado a la promoción de la alimentación saludable, actividad física y prevención la obesidad infantil, para frenar el progreso de la obesidad.

Se siguen las directrices de la OMS¹, la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad del Ministerio de Sanidad (NAOS)⁴, el Proyecto DELTA para la Educación Nutricional de la Comunidad Autónoma de Canarias^{5,6} (DELTA) y de las Sociedades Canarias de Pediatría.

Resultados:

Se ha logrado coordinar los siguientes trabajos:

1. Protocolo multiprofesional: Abordaje de la Obesidad Infantil y Juvenil en Canarias⁷.
2. Documentos didácticos: Guía pediátrica de la alimentación⁸ y Menús saludables entre los 4 hasta los 18 años⁹. Dirigido a: Profesionales sanitarios, a las familias, escolares-adolescentes y docentes, (Programa PIPO, www.programapi-po.com).

3. Programa de formación continuada (sanidad-educación): 1º Curso sobre la Prevención de la Obesidad Infantil: de la teoría a la práctica¹⁰.
4. Grupos de trabajo de la Estrategia NAOS: Elaboración del documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos¹¹, alergias alimentarias y otros temas de alimentación y nutrición escolar.
5. Actuaciones comunitarias y educativas: Taller para la valoración de la percepción de la imagen corporal para escolares, ¿Cómo te ves?¹²
Todas estas actuaciones están promovidas, coordinadas y evaluadas por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

Conclusiones:

1. Se ha pasado del análisis de la obesidad infantil a la concienciación del problema, entre los sistemas asistenciales, escolares y de ámbito comunitario.
2. Se ha iniciado el proceso de coordinación entre los servicios de salud, para lograr una intervención eficaz.
3. Se ha iniciado el proceso de evaluación de los materiales didácticos (Guía pediátrica de la alimentación y Menús saludables).
4. Está justificado un Plan Estratégico de Prevención de la Obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHA57.17 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf
2. Estudio de Prevalencia de obesidad infantil (ALADINO) (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad), 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Disponible en: <http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/publicaciones/>
3. Serra Majem LL, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121(19):725-32.
4. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Disponible en: <http://www.naos.aesan.msps.es/>
5. Proyecto DELTA de Educación Nutricional y Actividad Física: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgos/otras_actividades/UIIMP_salud_alimentaria_nutricion/IIIEncuentro_AESAN_UIIMP_Armas.pdf
6. Armas Navarro A, Barres Giménez C, Suárez López de Vergara RG. Estrategia poblacional para la prevención de la obesidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Proyecto Delta de Educa-

ción Nutricional y Actividad Física. Can Ped 2009; 33(2):125-8.

7. Amador Demetrio MD, Armas Ramos H, Barrios González E, Bethencourt Lorenzo B, Cansino Campuzano A, Duarte Curbelo A, et al. Abordaje de la Obesidad Infantil y Juvenil en Canarias. Dirección General de Programas Asistenciales 2012.
8. Barrios González E, García Mérida JM, Murray Hurtado M, Ruíz Pons M, Santana Vega C, Suárez Hernández E, et al. Guía pediátrica de la alimentación. Pautas de alimentación y actividad física de 0 a 18 años. Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil. Sociedades Canarias de Pediatría, Dirección General de Salud Pública editores. 2011. I.S.B.N.: 978-84-694-4195-4 Disponible en: www.programapipo.com
9. Ruiz Pons M, Herrera Rodríguez E, Suárez López de Vergara RG. Menús saludables desde los 4 hasta los 18 años. Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil. Sociedades Canarias de Pediatría, Dirección General de Salud Pública editores. 2012. I.S.B.N.: 978-84-694-4195-4 Disponible en: www.programapipo.com
10. I Curso de Prevención de la Obesidad infantil: de la teoría a la práctica. Protrocina: Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (Dirección General de Salud Pública), Colabora: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad (Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa y Las Sociedades Canarias de Pediatría. Edición 2012.
11. Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos. Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2010. Disponible en: http://www.naos.aesan.msps.es/naos/escolar/documentacion_alimentacion_centros_educativos/
12. Armas Navarro A, Suárez López de Vergara RG. Taller ¿Cómo te ves? versión infantil. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. 2011. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=bbcdab64-de58-11de-abad-f78c69e03620&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.

Taquicardias supraventriculares ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales durante 8 años

Díaz González CL, González Bravo MN, Perera de León G; Martín Vela MC, Antón Martín M, Ormazabal Ramos C. Servicio de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna

Introducción:

La taquicardia supraventricular (TSV) es la arritmia más común en la edad pediátrica, se estima que se produce en 1 cada 250-1000 niños. Tiene tendencia a recurrir, pero en la mayor parte de los casos se resolverá

comunicaciones orales

... espontáneamente. La mayoría (90 %) están producidas por mecanismo de reentrada y las formas incesantes o permanentes pueden provocar una miocardiopatía dilatada secundaria. Si bien es una causa frecuente de ingreso en Cuidados Intensivos, hasta un 20 % se diagnostican en un examen rutinario estando el niño asintomático.

Pacientes y método:

Características epidemiológicas, clínicas, de tratamiento y evolución de los niños ingresados por TSV en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales de un hospital de 3º nivel.

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisan historias clínicas de pacientes en edad pediátrica (1 día-14 años) que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con el diagnóstico de TSV en un periodo de 8 años (de abril de 2004 a abril de 2012).

Resultados:

Un total de 18 casos, de los cuales 17 ingresaron en UCIP. Nueve de ellos eran lactantes, todos menores de 4 meses. Rango etario de 1 día a 11 años, 11 varones y 7 mujeres. Dos de ellos presentaban CIV muscular y uno fue diagnosticado de WPW. En un caso se registró QRS ancho en el ECG. No se registró ningún caso de insuficiencia cardíaca. Ocasionalmente cedieron espontáneamente o con maniobras vagales, siendo en la mayoría de los casos necesario tratamiento farmacológico (adenosina, adenosina y amiodarona, adenosina y β -bloqueante), practicándose cardioversión eléctrica en tres casos por compromiso hemodinámico. Como tratamiento de mantenimiento se indicó β -bloqueante en 9 de los casos, β -bloqueantes y antiarrítmico IC en 1, digital y amiodarona en 1, digital y β -bloqueante en 1 y antiarrítmico IC, β -bloqueante y digital en 1. Sólo en un caso se realizó ablación de vía anómala mediante radiofrecuencia. Todos los pacientes tienen una buena calidad de vida sin alteraciones funcionales.

Conclusiones:

La TSV es una arritmia de buen pronóstico en la edad pediátrica. La mayoría de las veces con buen control mediante tratamiento farmacológico. Es poco frecuente la necesidad de cardioversión en el tratamiento de un episodio o la ablación de la vía anómala para el control de su recurrencia.

Utilidad del inmunofenotipaje de linfocitos intraepiteliales en el diagnóstico de la enfermedad celiaca

González Santana D.¹, Montes Ares O.², Moreno Cantó C.¹, Falcón Suárez C.¹, Alonso Graña S.¹, Torio Ruiz A.²

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ²Unidad de Inmunología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción:

La enfermedad celiaca (EC) presenta una serie de alteraciones típicas de los linfocitos intraepiteliales (LIE) en las biopsias duodenales (aumento del número total de LIE y de LIE CD3+ TCR gamma/delta, con disminución de linfocitos CD3-CD103+ i-NK like) que pueden ser de

ayuda para su diagnóstico.

Pacientes y métodos:

Se realizó el estudio anatomopatológico y el inmunofenotipaje de los LIE de las biopsias duodenales de 52 pacientes con edades comprendidas entre 9 meses y 14 años, con sospecha de EC por la presencia de marcadores serológicos positivos, con o sin síntomas acompañantes. Se extrajeron mediante endoscopia 7 biopsias: una para inmunofenotipaje de los LIE y 6 para el estudio anatomopatológico. Las biopsias en fresco se incubaron durante 1 hora en medio completo con EDTA 1 mM y DDT 1 mM a temperatura ambiente, con la consiguiente liberación al medio de los LIE. Posteriormente, se marcaron con anticuerpos monoclonales, se adquirieron y se analizaron en el citómetro de flujo. Para la descripción de la alteración histológica se utilizó la clasificación de Marsh. Para mayor apoyo al diagnóstico también se realizó la tipificación de los alelos HLA-DQ.

Resultados:

En 46 pacientes (88,46%) hubo concordancia entre el resultado del inmunofenotipaje y la alteración histológica: 40 (76,92%) tenían un Marsh 3a, 3b ó 3c, junto con el inmunofenotipo de la EC; mientras que 6 (11,53%) no tenían dicho inmunofenotipo y presentaban un Marsh 0. Tres pacientes (5,76%), dos con Marsh 0 y uno con Marsh 1, fueron finalmente diagnosticados de EC por presentar el inmunofenotipo, clínica compatible y HLA DQ2. Dos pacientes (3,84%) con síntomas atípicos y serología levemente positiva, aunque presentaban un Marsh 2 (con DQ8 positivo) y un Marsh 3a (con DQ2-DQ8 negativo) no tenían el inmunofenotipo de EC y evolucionan bien con dieta con gluten. Tan sólo un paciente (1,92%) fue diagnosticado de EC sin presentar el inmunofenotipo característico, ya que era diabético tipo I, HLA DQ2-DQ8, junto con serología muy positiva y Marsh 3a.

Conclusiones:

La determinación inmunofenotípica de los LIE es una herramienta más en el diagnóstico de la EC, que aporta una mayor especificidad al estudio histológico. Es especialmente útil en los casos atípicos o cuando la histología es normal debido a la afectación parcheada de la mucosa, dado que este inmunofenotipo está presente de forma homogénea en todo el duodeno.

50 años

SOCIEDAD