

5. FACTORES RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA A LOS DOS AÑOS, EN NIÑOS QUE PRECISARON INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. *C. Robles Vizcaíno. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico «San Cecilio». Granada.*

**Objetivo:** Conocer los factores perinatales y evolutivos relacionados con el desarrollo neurosensorial adverso a los dos años.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 412 recién nacidos (RN) que precisaron ingreso en la UCIN y que cumplieron al menos tres visitas de forma reglada durante dos años. Al nacimiento se estudió la somatometría; peso (P), talla (T) y perímetro cefálico (PC), edad gestacional (EG) y adecuación del peso a la edad gestacional (AEG), parto único o múltiple, días de estancia en UCIN y hospital, días de ventilación mecánica (VM). En el seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses, se analizó el P, T, PC, exploración neurológicamente (valorando cinco grados; 1, 2: normal; 3: moderada; 4: grave y 5: profundo) y el coeficiente de desarrollo mediante el test de Brunet-Lezine (B-L), (se consideró patológico #85; se corrigió según edad gestacional en los prematuros).

**Resultados:** Los resultados adversos se relacionaron con un peso al nacimiento < 1.500 g (40% vs 20%),  $p < 0,05$ . Con un puntaje del test de B-L más bajo a los 6, 12, 18 y 24 meses ( $p < 0,01$ ), con un P, T y PC inferior a los 6 meses ( $p < 0,01$ ), a los 12 ( $p < 0,05$ ) y a los 18 y 24 meses solamente el PC más bajo mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). La diferencia entre los niños con resultados neurológicos adversos y normales no se relacionó con la media del peso, T, PC al nacimiento, EG, adecuación del P a la EG, embarazo múltiple, VM, días de VM, días de estancia en UCIN o días de estancia en el hospital.

**Conclusiones.** En nuestra serie encontramos que el riesgo de lesión neurológica se incrementa en los menores de 1.500 g. Un niño con valoración baja en el test de B-L, unido a un retraso en el crecimiento somático en el primer año de vida debe ser enviado

a una Unidad de Atención Temprana para un seguimiento vigilado.

14. ¿ES LA IMPEDANCIOMETRÍA UNA BUENA ESTIMADORA DE LA MASA GRASA?. *I.M. Rodríguez Ruiz, A. Mariño Gil, M.P. Buló Concellón, J.M. Tapia Barrios, M. Casanova Bellido. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Puerto Real. Cátedra de Pediatría. Universidad de Cádiz.*

**Objetivos:** Entre los parámetros disponibles en la actualidad no existe uno que pueda considerarse el «estándar de oro» para valorar la adiposidad. Todos tienen sus ventajas e inconvenientes, por lo que nos proponemos comparar la estimación de la masa grasa (MG) por impedanciometría y con otros métodos antropométricos.

**Material y métodos:** En una muestra de 367 escolares sanos entre los 6 y los 14 años (178 varones -V- y 189 mujeres -M-) se determinaron los siguientes parámetros: peso (P), talla (T), perímetro braquial, pliegues bicipital (PB), tricípital (PTr), suprailíaco (PISi), subescapular (PISe) y el submandibular (PISm) y la resistencia por el análisis de la impedancia bioeléctrica (BIA).

Con ello calculamos la MG por impedanciometría (MGb) según la ecuación de Deurenberg (1991) con la que obtenemos la masa magra y la estamos al peso; GT mediante antropometría con las fórmulas de Siri (1961) y Brook (1972); MG con la fórmula validada por Fleta (1982) en la que interviene el recientemente utilizado PISm (MGp); y, finalmente calculamos el índice de masa corporal (IMC), área grasa del brazo (AGB) y el cociente PITr/PISi (PT/PS), todos ellos considerados clásicamente buenos indicadores de adiposidad. Realizamos análisis de correlación entre todos estos parámetros tanto de forma global (GI) como por sexos.

**Resultados:** Exponemos los coeficientes de correlación de Pearson® obtenidos en la tabla I.

**Comentarios:** Todas las correlaciones son estadísticamente significativas, con  $r > 0,6$  en la mayoría de las obtenidas con el BIA. El segundo mayor

Tabla I. Coeficientes de correlación de Pearson®

	MGb			GI	GT			MGp		
	GI	V	M		V	M	GI	V	M	
IMC	<b>0,926</b>	0,934	0,927		0,515	0,201	<b>0,71</b>	0,682	0,77	
P	<b>0,885</b>	0,949	0,851		0,271	0,317	<b>0,56</b>	0,617	0,467	
PITr	<b>0,716</b>	0,74	0,708		0,753	0,653	<b>0,83</b>	0,794	0,849	
PT/PS	<b>-0,495</b>	-0,479	-0,638		-0,335	-0,033	<b>-0,43</b>	-0,401	-0,457	
AGB	<b>0,818</b>	0,854	0,791		0,707	0,568	<b>0,899</b>	0,799	0,869	
MGb	<b>1</b>	1	1		0,45	0,159	<b>0,55</b>	0,691	0,779	
GT		0,45	0,159	<b>1</b>	1	1		0,708	0,601	
MGp	<b>0,55</b>	0,691	0,779		0,708	0,601	<b>1</b>	1	1	

número de correlaciones buenas las posee cuando se halla la MG usando el PISm. La impedanciometría es una técnica inocua, fácil de usar, portátil y, como vemos, se correlaciona muy bien con parámetros indicadores de adiposidad.

16. VALORACIÓN DEL SCORE BOYER PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MENINGITIS BACTERIANA Y VÍRICA. *M. Mohamed Ahmed, S. Rico de Cos, E. Meléndez Bellido, J.M. Tapia Barrios, M.P. Buló Concellón, M. Casanova Bellido. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Puerto Real. Cátedra de Pediatría. Universidad de Cádiz.*

**Introducción:** El diagnóstico diferencial entre la meningitis vírica y la bacteriana puede ser difícil en ocasiones. La necesidad de una antibioterapia precoz en las meningitis producidas por bacterias nos obliga a buscar un sistema lo más eficaz posible para lograr su identificación. El objetivo de este estudio es valorar el score de Boyer como método rápido y de fácil aplicación en dicho diagnóstico.

**Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas correspondientes a un total de 52 niños diagnosticados de meningitis en nuestro Hospital en el período comprendido entre mayo de 1999 y agosto del 2000. De ellos fueron bacterianas 7 casos (13,46%) y víricas 45 casos (86,58%). En todos ellos se registraron el sexo y edad del paciente, además de todos los parámetros incluidos en el score de Boyer, es decir, la temperatura máxima alcanzada, la presencia o ausencia de signos neurológicos asociados, la presencia de exantema purpúrico-petequial, la proteinorraquia, la glucorraquia,

la leucorraquia, el porcentaje de polimorfonucleares en LCR y la cifra de leucocitos en sangre periférica. Dichos parámetros se puntuaron entre cero y dos puntos. Se evaluaron la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada uno de ellos, y del conjunto del score.

**Resultados:** El 67,30% de los casos fueron varones. El grupo de edad predominante fue el comprendido entre los 3 y 7 años con un 53,8%. Considerándolos por separado, el parámetro que mostró mayor sensibilidad fue el porcentaje de polimorfonucleares en el LCR, si bien su especificidad y valor predictivo fueron bastante bajos. La presencia de deterioro neurológico, la proteinorraquia mayor a 140 mg/dl, la glucorraquia menor de 20 mg/dl y la presencia de más de 4.000 cel/mm<sup>3</sup> en LCR mostraron alta especificidad, pero su sensibilidad fue escasa. Sin embargo, al evaluar la totalidad del score de Boyer encontramos una sensibilidad del 100%, una especificidad del 97,7%, un valor predictivo positivo del 87,5% y un valor predictivo negativo del 93,6%.

Todas las meningitis víricas del estudio obtuvieron una puntuación igual o menor a 2, a excepción de un solo caso que presentó 3 puntos. Todas las meningitis bacterianas obtuvieron puntuación mayor de 2, siendo el 71,4% de ellas mayor a 5.

**Conclusión:** El score de Boyer en su conjunto se muestra en el estudio como un método rápido, útil y eficaz en el diagnóstico diferencial entre meningitis vírica y bacteriana; sin embargo, ninguno de los parámetros evaluado individualmente mostró suficiente sensibilidad y especificidad como para ser considerado en sí mismo un factor diferencial entre ambos tipos de meningitis.

19. ENFERMEDAD DE BERGER: NUESTRA CASUÍSTICA ENTRE LOS AÑOS 1994-2000. *M.ª del R. Jiménez Liria. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**Introducción:** La enfermedad de Berger (EB) es una glomerulopatía mesangial IgA, afecta predominantemente a niños entre los 7 y 13 años de edad, sobre todo en el sexo masculino. Se considera la glomerulopatía más frecuente en nuestro medio. Su presentación clínica clásica es en forma de brotes con hematuria macroscópica con o sin proteinuria, generalmente asintomática, aunque en algunos casos puede existir dolor abdominal o lumbar. De forma menos frecuente se puede presentar como nefritis aguda, microhematuria, proteinuria aislada o síndrome nefrótico. Suele aparecer coincidiendo con una infección de vías respiratorias altas. Entre los brotes puede existir microhematuria y/o leve proteinuria, constante o intermitente. Su evolución es generalmente benigna en 2/3 de los casos, con desaparición de los brotes y las alteraciones urinarias; aunque en determinadas series en un seguimiento a largo plazo, la evolución ha sido hacia una insuficiencia renal, hipertensión arterial, o alteraciones persistentes del sedimento urinario.

**Revisión de nuestra casuística:** Se revisaron historias con diagnóstico de EB por biopsia entre los años 1994/2000, obteniéndose los siguientes resultados (tabla II).

**Comentarios:** Aunque se trata de una patología generalmente benigna, hay casos de mala evolución, sin que exista ningún parámetro indicativo de mala evolución posterior. No existe tratamiento curativo, aunque se puede intentar un tratamiento encaminado a retrasar la progresión de la enfermedad. En nuestros casos la evolución ha sido favorable, hasta el momento actual, incluso el caso que debutó con proteinuria nefrótica.

32. SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO EN LA INFANCIA (LESIONES MÍNIMAS). NUESTRA EXPERIENCIA. *M.P. Leo Canzobre, I. Arias López, I. Botana del Arco, E. Hidalgo-Barquero del Rosal, J.M. García Blanco. Dpto. de Pediatría. Hospital Materno-Infantil/Hospital «Infanta Cristina». Badajoz.*

**Introducción:** El síndrome nefrótico (SN) en la infancia es una entidad frecuente y una forma de presentación de diferentes glomerulopatías. El SN

Tabla II.

<b>Número de casos</b>	6
<b>Sexo</b>	3 niños, 3 niñas (relación 1/1)
<b>Edad de inicio</b>	3-10 años (media 6,5)
<b>Forma de presentación</b>	Hematuria macroscópica con proteinuria leve, 5 (83,3%) Hematuria macroscópica con proteinuria en rango nefrótico, 1 (16,6%) Coincidente con procesos faringoamigdalares, 6 (100%) Elevada, 5 (83,3%)
<b>Niveles de IgA</b>	
<b>Alteración del filtrado glomerular</b>	1 (16,6%)
<b>HTA</b>	0
<b>Anatomía patológica</b>	Glomerulonefritis proliferativa mesangial IgA, 6 (100%) Con esclerosis, 2 (33,3%)
<b>Seguimiento</b>	Entre 21 meses y 6 años
<b>Evolución</b>	Hematuria macroscópica en brotes, 4 (66,6%) Microhematuria persistente, 1 (16,6%) Microhematuria intercrisis, 5 (83,3). Desaparece posteriormente en 3 (40%) (Tiempo de seguimiento, 11 meses y 2 años) Microproteinuria, 1 (16,6%)
<b>Tratamiento</b>	Corticoides, 1 (16,6%) Antiplaquetarios, 2 (33,3%)

idiopático por lesiones mínimas (LM) es la forma de presentación más frecuente. El SN se caracteriza por proteinuria importante e hipoalbuminemia acompañada habitualmente de edema e hiperlipemia.

**Objetivos:** Conocer las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes afectados de SN idiopático infantil (LM) en nuestro medio.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los 80 pacientes diagnosticados de SN en nuestra consulta.

**Resultados:** De los 80 casos revisados, 61 (76,25%) han sido considerados idiopáticos (LM), 3 (3,75%) congénitos y 16 (20%) producidos por otras nefropatías. La edad media del debut del SN idiopático por lesiones mínimas ha sido de 3,9 años, con un discreto predominio de varones (35), frente a mujeres (26) de 1,34/l. El tiempo medio de seguimiento de estos pacientes en nuestra consulta ha sido de 5,3 años. Entre los antecedentes personales destaca la presencia de procesos alérgicos. Los síntomas más

frecuentes al debut fueron edemas, oliguria y aumento de peso, acompañados en numerosas ocasiones de procesos infecciosos de vías respiratorias. Sólo 5 de estos pacientes han sido biopsiados (8%), confirmando en todos los casos el diagnóstico de LM. Todos ellos fueron tratados inicialmente con corticoides orales; 57 (93,5%) fueron corticosensibles, 27 (15,4%) de los cuales han desarrollado corticodependencia en algún momento de su evolución, y 4 (6,5%) fueron corticorresistentes. De los que respondieron, el tiempo medio de respuesta fue de 7 días. Ha sido necesario el tratamiento con bolos de 6-metil-prednisolona en dos pacientes (3,2%), con ciclofosfamida en 25 (40,9%) de los pacientes; la ciclosporina A se ha utilizado en 5 casos (8,1%) y en tan sólo un caso se ha recurrido a Tacrolimus FK. La evolución ha sido favorable, con buena respuesta al tratamiento en 56 de los casos (91,8%) y una evolución más tórpida en 5 pacientes (8,2%), siendo exitus uno de ellos (1,6%).

33. EXPERIENCIA CON TOPIRAMATO EN MIGRAÑA INFANTIL. *M. Luque Salas, J. Alberto Macías, J. Vaquerizo. Madrid Unidad de Neurología Infantil. Departamento de Pediatría (Prof. J.J. Cardesa). Hospital Materno-Infantil. Bajadoz.*

**Introducción:** La migraña infantil es un trastorno de alta prevalencia que determina o condiciona la calidad de vida del niño por su evolución crónica y tórpida. Para la profilaxis de los episodios de migraña se han empleado distintas alternativas terapéuticas. En los últimos años se han ensayado algunos fármacos antiepilépticos como valproato. Nuestro objetivo es valorar la eficacia de una nueva molécula, el topiramato (TPM), por su mecanismo múltiple de acción.

**Material y métodos:** Muestra de 15 pacientes afectados de cefalea recurrente (26% migraña con aura, 60% migraña sin aura y 14% cefalea mixta); todos ellos diagnosticados según los criterios IHS, de edades comprendidas entre 8 y 13 años (7 mujeres y 8 varones), con una edad media de 11,2. El seguimiento medio fue de 4,5 meses. La dosis óptima media empleada fue de 1,1 mg/kg/día, que se alcanzó en escalada progresiva en la 3-4 semana de tratamiento. Entre los antecedentes personales únicamente destacar dos pacientes afectados de neurofibromatosis tipo I. En el 40% de los casos la anamnesis reflejaba antecedentes familiares de migraña en la rama materna.

**Resultados y comentarios:** La eficacia observada (calculada por el porcentaje de reducción de crisis) llegó al 90%. Este dato mejora significativamente los resultados obtenidos con otros fármacos hasta ahora empleados como la flunarizina. La mejoría se alcanzó con una dosis media baja, muy inferior a la dosis antiepiléptica eficaz estimada, lo cual permitió prolongar el tiempo, con escasos efectos secundarios (8% y 4% de pérdida de peso en 2 pacientes, respectivamente).

Los resultados obtenidos en esta muestra ponen de manifiesto la eficacia y seguridad del topiramato en migraña infantil. No existe ninguna experiencia previa con este fármaco en la infancia. Consideramos, por tanto, al topiramato una alternativa eficaz en el tratamiento de la migraña del niño.

57. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON SURFACTANTE Y CORTICOIDES PRENATALES SOBRE LA RETINOPATIA OFTALMICA DEL PRETERMINO. *E. Pérez González, I. Martín Caballero, P. Fernández Fisher, A. López Sanz, M. Santano Gallinato, J. González-Hachero. Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivo:** Valoración de la influencia del tratamiento con Surfactante y Corticoides pre y postnatales en la incidencia y gravedad de ROP (retinopatía oftálmica del prematuro) en una población de pretérminos atendida en nuestra unidad.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el periodo 1996-1998 que fueron controlados por el Servicio de Oftalmología. Un total de 98 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión en el estudio: pretérminos de menos de 34 semanas de edad gestacional y/o menos de 2000 gramos al nacimiento según protocolo de seguimiento ROP de nuestra unidad. Grupo control: 28 pacientes ingresados en el periodo 1988-1990, previos a la administración del surfactante, que cumplieron los mismos criterios de inclusión.

Se hace referencia en el estudio a la edad gestacional, peso al nacimiento, test de Apgar, utilización o no de ventilación mecánica y a los distintos parámetros ventilatorios, la patología asociada, la utilización de Surfactante y Corticoides pre y postnatales con relación con la existencia y gravedad de ROP en el niño.

**Resultados:** Edad gestacional: Rango 175 a 252 días. Media de 222 días; Peso: Rango 840-2520 gramos Media de 1528 gramos; Ventilación mecánica: 95,23% (30% requirieron una Fio2 de más del 50% en algún momento y el 10% durante más de tres días. 4% tuvieron un ph menor de 7,20 y el 28% un ph mayor de 7,45, así como hipercapnia mantenida en en 44% de los casos).

- Patología Respiratoria: (27,4%) Distress respiratorio: 3,7%; Membrana Hialina grado I-II 27,8%. Membrana Hialina grado III-IV%. Enfermedad pulmonar crónica 5,5%. Sepsis: 52%; Cándida: 17%; Estafilococo 12%; Sepsis clínica 8,6%. Otros gérmenes 13,8%.

Enterocolitis Necrotizante: 19,04%. Hemorragia Periventricular: 23,8%.

Requirieron Surfactante el 23,9%. Transfusiones de hematíes: 70,9%. Se utilizaron Corticoides neonatales en el 22,9% de los casos para prevenir o tratar la enfermedad pulmonar crónica. El tratamiento prenatal con Corticoides para maduración pulmonar se realizó en el 4% (una dosis) y en el 56% (dos dosis).

ROP ojo derecho: 24,6%. Grado I: 8,2%. Grado II: 4,9%. Grado III: 11,5%. Area II: 8,2%. Area III: 16,4%. Crioterapia derecha: 4,8%.

ROP ojo izquierdo: 26,2%. Grado I: 8,2%. Grado II: 6,6%. Grado III: 11,5%. Area II: 8,2%. Area III: 18%. Crioterapia izquierda: 6,3%.

La incidencia de ROP en los niños a cuya madre se les administró Corticoides prenatalmente (dos dosis) fue del 25,9% similar a la de los pacientes que no los recibieron: 26,7%, sin embargo, fue más grave y requirieron Crioterapia y/o láser el doble de niños del grupo a los que no se les administró Corticoides prenatales.

La incidencia de ROP en los niños que recibieron Surfactante fue del 45%, mientras que la de los pacientes que no los recibieron fue del 24,2%, siendo más grave y requiriendo Crioterapia y/o láser el doble de niños del grupo a los que se les administró Surfactante. Se relacionó, sin embargo, con mayor patología respiratoria (Membrana Hialina grado III-IV).

La incidencia de ROP en los niños que recibieron Corticoides fue del 75%, mientras que la de los pacientes que no los recibieron fue menor, aunque más grave y requirieron Crioterapia y/o láser con mayor frecuencia.

**Conclusiones:** La incidencia de ROP en nuestra muestra ha disminuido respecto a lo observado en

la literatura, así como en la población de niños previa a la administración de surfactante y corticoides prenatales. La incidencia del sexo varón es superior a la de la mujer en los niños con rop. El factor fundamental es la prematuridad y sobre todo, el gran pretérmino, en el que además coexisten una mayor incidencia y gravedad de patología.

En relación a la edad gestacional, la mayor incidencia aparece en niños de menos de 224 días de gestación.

La incidencia de niños con rop no tratados con surfactante es más elevada y de mayor gravedad pues requieren crioterapia y/o láser en más porcentaje que los niños tratados con surfactante.

Los niños tratados con surfactante tienen una incidencia de rop elevada, pero mucho menor a la del grupo control, y mucho menor a la reflejada en la bibliografía.

El tratamiento con corticoides prenatales disminuye la incidencia de rop.

El tratamiento con corticoides y surfactante asociados no disminuye aún más la incidencia de rop, pero si la gravedad del cuadro.

63. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR Y/O ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA EN R.N. NENORES DE 1500 GRAMOS. M.A. *Gómez Llorente<sup>1</sup>, G. Pérez Pérez<sup>1</sup>, M. Martín Navarro<sup>1</sup>, C. Saenz Reguera<sup>2</sup>, A. López Sanz<sup>2</sup>, M. Santano Gallinato<sup>2</sup>, L. Durán de Vargas<sup>2</sup>, J. González-Hachero<sup>1</sup>*. <sup>1</sup>Sección de Neumología Infantil. <sup>2</sup>Sección de Neonatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos:** Analizar los factores que han podido influir en el desarrollo de Displasia Broncopulmonar (DBP) y/o Enfermedad Pulmonar Crónica (EPC), en los niños < 1.500 gramos nacidos en nuestro Hospital en los años 1995, 96, 97 y que sobreviven a los 28 días de vida.

**Material y Métodos:** Del total de 9600 R.N. vivos entre los años 1995 y 1997, 74(0,77%) fueron < 1500 g. De estos sobrevivieron a los 28 días de vida 53,(71,6%), de los cuales se perdieron para nuestro estudio 4, siendo la muestra final analizada de 49 niños.

En nuestra muestra consideramos DBP a la necesidad de oxígeno y Rx de Tórax compatible a los 28 días de vida postnatal y EPC a la dependencia de oxígeno y algún signo de disfunción pulmonar a las

36 semanas de edad postconcepcional. Se revisaron los distintos factores que pudieron influir en el desarrollo o no de estas patologías y se analizaron por separado en cada uno de los grupos siguientes: Grupo A: niños que desarrollaron DBP. Grupo B: niños que desarrollaron EPC. Grupo C: niños que no desarrollaron ni DBP ni EPC.

Se realizó el siguiente estudio estadístico: Test de Chi-cuadrado y test de Student y Odds ratio multivariadas e intervalos de confianza (modelos de regresión logística EPIDAT).

**Resultados:** Del total de la muestra, (49 niños) el 51% eran varones y el 49% mujeres. 8 niños (16,3%), desarrollaron DBP (grupo A); 13 niños (26,5%), EPC (grupo B), 28 niños, (57,1%), no tuvieron ni DBP ni EPC (grupo C).

Se analizaron distintos parámetros en cada uno de los tres grupos destacando: peso medio: A: 971g, B: 1102g, C: 1243g Edad gestacional: A: 197,2; B: 196,7, C: 225,4 días. Uso de corticoides prenatales: A: 25%, B: 30,8%; C: 50%. Uso de surfactante de rescate: A: 75%; B: 72,7%; C: 21,4%. Ventilación mecánica: A: 75%; B: 100%; C: 35,7%. Días de ventilación mecánica: A: 26,2; B: 17,8; C: 1,53. FiO<sub>2</sub> máxima más de 6 horas: A: 51%; B: 48%; C: 32,9%. Días totales con Fio<sub>2</sub>>50%: A: 2,37; B: 3,3; C: 0,39. Uso de lípidos antes de los 10 días de vida: A: 62,5%; B: 66,7%; C: 38,5%. Sepsis: A: 75%; B: 61,5%; C: 25% PDA(persistencia del ductus): A: 0%; B: 23%; C: 0%. Enterocolitis necrotizante: A:0%; B: 15,4%; C: 7,1%. Retinopatía: A: 62,5%; B: 61,5%; C: 14,3%.

Fueron estadísticamente significativos los siguientes factores: Peso y edad gestacional, uso de ventilación mecánica y nº de días de la misma, FiO<sub>2</sub> máxima más de 6 horas, días de FiO<sub>2</sub>> 50%.

**Conclusiones:** Consideramos importante la valoración de los R:N: a los 28 días de vida postnatal y a las 36 semanas de edad postconcepcional, ya que un número importante de niños tienen síntomas respiratorios a los 28 días de vida y están asintomáticos a las 36 semanas de edad postconcepcional. En general los factores que en la literatura se relacionan con el desarrollo de DBP y/o EPC, se confirman en nuestra muestra.

El uso de surfactante, como tratamiento de rescate, no disminuye la incidencia de DBP y/o EPC.

Los días de ventilación mecánica y la menor edad gestacional se asocian a un mayor riesgo de DBP/EPC.

67. TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: REVISION DE LOS ULTIMOS 8 AÑOS. E. M<sup>a</sup>. Camero Muñoz, L. Bardallo Cruzado, M.L. García Gestoso, J. Romero Cachaza, A. Alejo García-Mauricio, J. González Hachero. Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

**Introducción:** Desde la introducción del screening de los bancos de sangre, la transmisión vertical parece ser ahora la forma más común de infección por VHC en niños.

**Objetivos:** Seguimiento de los hijos de madres con Ac VHC positivos desde el nacimiento hasta los dos años de vida.

**Método:** Estudio retrospectivo, mediante revisión de las historias clínicas de nuestro servicio, de hijos de madre con Ac VHC positivos, desde septiembre de 1992 hasta septiembre de 2000.

Se analiza: sexo, entorno social, mecanismo de contagio materno, tipo de parto, patología neonatal asociada, edad de negativización de los anticuerpos, presencia de RNA-VHC y coinfección con VIH.

**Resultados:** Tras haber revisado 106 historias se han excluido aquellas en las que no se ha contemplado el tiempo de seguimiento (41 casos). Analizamos 65 casos de los cuales 27 son varones y 38 mujeres. El 38,5% de estos niños están en adopción y un 20% en centros de acogida.

El mecanismo de contagio materno más probable fue la UDVP que apareció como factor de riesgo en 46 casos (70,7%), en 19 casos pudo haber otro mecanismo de contagio: heterosexuales (9), cirugía (7), transfusión (3), y en 8 casos el mecanismo fue desconocido.

Nacieron mediante cesárea 12 niños (18,5%) no observándose diferencias con los nacidos por vía vaginal en ninguno de los aspectos analizados.

De los casos estudiados precisaron ingreso en la unidad de cuidados neonatales 46 recién nacidos (70,7%): por síndrome de abstinencia 34 niños (52,3%), por pretérmino 13 casos (20%), por bajo peso para la edad gestacional 15 casos (23%), coexistiendo estos diagnósticos en algunos recién nacidos. Además hubo casos en los que encontramos otra patología asociada (ictericia, distress respiratorio, lúes, CMV...)

Los anticuerpos VHC se negativizaron en 55 casos (84,6%) siendo la media de edad de negativización de 11 meses (3 meses-21 meses).

Al finalizar el periodo de estudio, 10 niños (15,4%)

continuaron con los Ac VHC positivos, y de ellos 9 presentaban también PCR-VHC positiva.

Hubo coinfección materna VIH-VHC en 30 casos (46%); los recién nacidos de estas madres negativizaron los Ac VHC en 24 casos (80%), persistiendo positivos a los dos años en 6 casos (20%) que representa más de la mitad del total de niños con Ac VHC persistente a los dos años (60%).

De los 30 niños con Ac VIH positivos, 29 negativizaron dichos anticuerpos, siendo la media de edad de seroreversión de 14,5 meses (8 meses-18 meses).

Uno de los casos que además presentaba infección VIH estadio C3 negativizó los Ac VHC a los 15 meses de edad aunque las copias RNA-VHC permanecieron positivas.

#### Conclusiones:

1. El mecanismo de contagio materno más probable es la UDVP
2. Más de la mitad de los niños no viven con sus madres biológicas
3. El 86,4% de los niños que nacen con Ac VHC positivo los negativizan, siendo la edad media de seroreversión de 11 meses.
4. Aproximadamente la mitad de los niños presentan también Ac VIH positivos, sin embargo la coinfección solo ocurrió en un caso (3,3%)
5. De los niños que presentan Ac VHC persistente el 60% presentan también Ac VIH positivos
6. La presencia de VIH y VHC en la madre favorece la persistencia de los Ac VHC en el recién nacido
7. La edad media de depuración de Ac VIH es más tardía que la de Ac VHC

102. TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN UCIP. *C.M. Navas Heredia, E. García Menor, F.L. Gallardo Hernández, A. Granados Molina, M. Antón Gamero, M.J. Velasco Jabalquinto*. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital «Reina Sofía». Córdoba.

**Introducción:** Las técnicas de depuración extrarrenal son utilizadas con frecuencia en cuidados intensivos. Las medidas terapéuticas necesarias en niños críticamente enfermos requieren la administración de líquidos por encima de las necesidades basales, provocando una sobrecarga de volumen. Por otra parte, la insuficiencia renal aguda también frecuente en estos pacientes, hace preciso la utilización de terapias renales sustitutivas hasta que se restablezca la función renal.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo en el que analizamos las técnicas de depuración extrarrenal utilizadas en la UCIP durante 5 años. Se recogió la patología original del paciente, el motivo de indicación de la técnica, el tipo de técnica utilizada, las complicaciones aparecidas y el pronóstico final de los pacientes.

**Resultados:** Fueron estudiados 31 niños (15 varones) de  $2,71 \pm 3,31$  años de edad. Las principales patologías que requirieron la utilización de estas técnicas fueron nefrourológicas y cardiopatías congénitas. La insuficiencia renal aguda y la sobrecarga de volumen fueron las indicaciones más frecuentes. En 17 pacientes se utilizó la diálisis peritoneal y en 16 pacientes las terapias lentas continuas. Las complicaciones fueron escasas y sin relevancia sobre la evolución final de los pacientes. Trece pacientes fueron exitus y sólo tres permanecieron con una insuficiencia renal crónica.

**Comentarios:** Las técnicas de depuración extrarrenal son útiles en el tratamiento del niño críticamente enfermo, no sólo como terapia de depuración, sino también en el manejo de sobrecargas de volumen con función renal normal. Su tasa de complicaciones es relativamente baja si se utilizan en Unidades con experiencia en el manejo de pacientes pediátricos críticos y su asociación con una elevada mortalidad está en relación con la situación crítica de base que motiva su empleo. El pronóstico de función renal en los pacientes que sobreviven es bueno.