

Euskarazko pediatria topaketak

Las reuniones de pediatría en euskera

6 urtez geroztik, urtero, 2008an izan ezik, Euskal Herriko pediatrok biltzen gara gai bat euskeraz lantzeko, baita ahozko komunikazioak eta posterrak aurkezteko ere. Tamalez, orain arte, aurkeztu diren lanak argitaratu gabe daude. Hori dela eta, Euskal Herriko Pediatria Elakartearen Aldizkarian, jaso ditugun laburpenak argitaratzea erabaki dugu. Lehengo eta bigarrene topaketetako laburpen guztiak berreskuratu ditugu, hirugarrenetik aurrera, berriz, batzuk bakarrik lortu ditugu, baina lortu ditugun guztiak hemen daukazu.

Ekitaldi hauetan Euskal Herriko Lehen Mailako Pediatria Elkartek (EHLMP-VPAP), Euskal Herriko Pediatria Elkartek (EHPE-SVNP) eta Asociación Navarra de Pediatría delakoak (ANPE) parte hartu dute eta Lehen Mailako Eskualdeek, hala nola, Gipuzkoako Ekialde Eskualdeak, Bilbokoak eta Arabakoak babesa eman digute, baita Gipuzkoako eta Bizkaiko Sendagile Elkargoak ere.

Beraz, ikus dezakegun bezala Pediatria Topaketek historia zabala daukate eta etorkizuna era zabala izatea espero dugu.

Euskal Herriko Pediatria Aldizkariaren Argitalpen Batzordea

I. PEDIATRIA TOPAKETAK.
BILBON, 2005KO APIRILAREN 14AN.
GAI NAGUSIA: DERMATOLOGIA

PONENZIAK

FARMAKO BERRIAK (ETA ZAHARRAK) DERMATOLOGIAN, FROGATAN OINARRITUTAKO MEDIKUNTZAREN DERMATOLOGIAN IKUSPUNTUTIK. **N. Jaio**

GENETIKA MOLEKULARRA DERMATOLOGIA PEDIATRIKOAN. **J.R. Bilbao.** *Gurutzetako Ospitalea. Ikerkuntza Unitatea.*

LARRUAZALAREN GARRANTZIA UME LARRIALDE ZERBITZU BATEN. **S. Mintegi.** *Gurutzetako Ospitalea. Ume Larrialdi Zerbitzua.*

EKZEMA ATOPIKOA. **I. Bilbao.** *Galdakaoko Ospitalea. Dermatologiako Zerbitzua.*

POSTERRAK

GARRAIO MEDIKALEZATUAK ASISTENTZIA AURRERATUTA BAIMENTZEN DU TALDE BEREZI BATEN BITARTEZ. **I. Avalos Roman, M. Santiago Burrutxaga, S. Mintegi Raso.** *Haur-Larrialdi Zerbitzua Gurutzetako Ospitalea.*

Sarrera. Lehen mailakoa (LMGM) emergentzia gertatzen den lekutik Haur-Larrialdi Zerbitzuaraino egiten da (HLZ). Bigarren mailakoa (BMGM) asistentzia zentrutik erreferentzia den zentruaraino egiten da.

Helburua. Patologia, garraio prozesua eta gaizoaren egoera klinikoa HLZ-ra heltzean ezagutzea.

Materiala eta Metodoa: Pediatrak ez diren medikuak egingako garraio medikalizatuak HLZ-ra kasuen ikerketa.

Emaitzak: 98 kasu erregistratu ziren 2004.eko maiatzatik 2005.eko urtarrilaraino. Erabili zen garraio bakarra ambulanzia medikalizatua izan zen. % 71 LMGM-ari dagokio eta % 29 BMGM-ari. LMGM-a etxeetatik (% 70) eta kaletik (% 30) eskatu zen. % 15-ean HLZra aurre abizua egin zen. Patologiak honakoak izan ziren: % 42-a konbultsioak eta % 37 istripuak. % 91-n konstanteak hartu ziren. Oxigenoa % 14-an jarri zen eta farmakoak % 18-an heman ziren. % 14-a egoera aldakorrean heldu zen HLZ-ra. Kasuen norakoak: honela banandu ziren: % 48-a ingresatu ziren, % 37 alta, % 8-a intensibu zailera, % 4 kirofanora eta % 1,4 hil egin ziren (kasu bakarra). BMGM-a: % 54-a ospital zentrutik ezkatu zen eta %

46 osasun zentritik. % 68-an aurre abizua egin zen. Patologi naguziak honako hauek izan ziren: % 31-a neurologikoak, % 28-a patologi kirurgikoa, eta bakterio infekzio latza % 14-a. % 93-an monitorizatu ziren haurrak; oxigenoa % 43-an heman zen eta % 14-an farmakoak. % 7-a egoera aldakorrean zegoen. Kasuen norakoak: % 46-a ingresatu ziren, % 21 alta, % 18 pediatriako intensibu zerbitzura, % 11 kirofanora eta % 3,5 hil egin zen (kasu bakarra).

Ondorioak: 1) Gehiengo kasuak patologi neurologikoa, traumatologikoa, kirurgikoa eta bakterio infekzio latzaren susmoa izan ziren. 2) Benetako emergentziak LMGM-an eta BMGM-ko gaizo larri edo kritikoa % 25 baino gutxiago izan ziren. 3) LMGM eta BMGM-en arteko diferentziak kontutan hartu beharko liriteke garraioen arduradunen formatzio pediatrikoan. 4) GM-en parte hartzen duten erakundeen arteko komunikazio eta koordinazioa hobetu daitezke.

BARIZELA LARRIA INMUNITATE AHULEHO HAUR BATETAN. **A. Izeta Lizarraga, J. Molina Garicano, ME. Iglesias Zamora, B. Solis Gomez, M. Sagaseta de Ilurdoz, E. Ruperez, I. Yanguas.** *Altsasuko osasun etxea.*

Aurkezten dugun kasu klinikoa 5 urte dituen mutil bati dagokio. Leuzemia linfoblastiko akutua diagnostikatu eta tratamenduaren lehenengo txanda amaitu eta ondoren, barizela atzematen diogu. Hasieran negel batzu besterik ez dira baina aurrerago, suspertu eta larruazalean zehar zabaltzen dira. Txertaketa orokorra bilakatzen ez den bitartean, barizela kontutan izan behar dugu, gaixotasun arrunta izanik, inmunitate ahuleko haurretan ondorio kaltegarriak izan ditzakelako

ERREDUREN PROFILA ETA MANEUIA PEDIATRIAKO LARRIALDI ZERBITZUAN. **A. Andres Olaizola, A. Fernández Landaluce, E. Astobiza Beobide, MI. Vega Martín, B. Azkunaga Santibañez, S. Mintegi Raso.** *Pediatriako Larrialdi Zerbitzua. Gurutzetako Ospitalea. Barakaldo, Bizkaia.*

Sarrera: Larrialdietako pediatriak, haurren osoko artatzearen parte izaki, erreduren maneia ere ezagutu behar du. Duela 2 urtetik hona istripuren bat duen haur oro lehen unean pediatriak aztertzen du gure zerbitzuan. 2004ko Maiatzean gure zerbitzuan artatzen diren erreduren erregistroa hasi genuen.

Helburua: Pediatriako Larrialdietan (PL)artatzen diren erreduren profila, beren maneia eta larrialdietako pediatriaren papera ezagutzea. Gure ingurunean erredura arrisku handiena eragin lezaketeko erak zehaztea.

Materiala eta metodoa: 2004ko Maiatza eta Abendua artean PLn artatutako erreduren atzera begirako azterketa. Datu demografikoak jaso ziren, baita erredura nola gertatu zen, beronen maila, erretako gorputz azalera (EGA), destinoa eta PLn jasotako maneia ere.

Emaitzak: 8 hilabeteotan 101 erredura artatu ziren. Kasuen 2/3 baino gehiago mutilak ziren eta ia erdiak (%45) 3 urte baino gutxiago zituen. Erreduren arrazoi ohikoena solido beroak ziren era galdarraztatzeak (likido irakinak) zetozen ondoren. Bakanak nahiz anitzak izan, goiko gorputzadarrean gertatu zen gehienetan erredura. Eskua zen erasandako atala kasuen %32an (solido beroek eragindako erreduren %75) eta aurpegia %20an (galdarraztatzeen %33). Erreduren 3/4etan EGA %5ekoa edo txikiagoa zen. EGA %10 baino handiagoa zenen taldean 536 galdarraztatzeak ziren eta %14 sugarrek eraginak (oro har sugarrek erreduren %6,7 eragin zuten). Erreduren %70 2. mailakoak ziren eta 7 kasu 3.

mailako erredurak zituzten (3 sugarrek eraginak, 3 galdarraztatze eta elektrizitateak sortutako bat). Pazienteen %51 zirujau plastikoak aztertu zuten, gainontzekoak larrialdietako pediatriak artatu zituelarik. Gehiengoak (87%) PLn jasotako tratamenduaren ostean alta jaso zuten, 5 haur pediatrian ospitaleratu ziren, 3 pediatriako zainketa intentsiboetan eta 2 erredura haundietako unitatean. Haurra ospitaleratu beharrene probabilitatea askoz handiagoa izan zen erredura sugarrik edo leherketak eragina zenean (OR 35,5; KI %95 4,71-402). Ez zen solido beroak eragindako erredura zuten haurrik ospitaleratu. Iruzkina: gure ingurunean gertatzen diren erredura gehienak ez dira oso larriak eta modu ambulatorioan trata daitezke. Erreduren eragile ohikoenak solido beroak dira (labea, plantxa...) eta ondoren galdarraztatzeak. Galdarraztatzeak dira, hain zuzen ere, sugarrek eragindakoekin batera, erredura larrienak sortzen dituztenak. Gure zerbitzuan artatzen diren erreduren ia erdia larrialdietako pediatriak aztertu eta trata dezake.

EMLA KREMAREN APLIKAZIOAK ERAGINDAKO METAHEMOGLOBINEMIA ETA TOXIKOTASUN NEUROLOGIKOA 4 URTE TAKO UME BATEAN. **E. Astobiza Beobide, A. Fernández Landaluce, A. Andres Olaizola, N. Trebolazabala Quirante, J. Benito Fernández, M. Mintegi Raso.** *Pediatriako Larrialdi Zerbitzua. Gurutzetako Ospitalea. Barakaldo, Bizkaia*

EMLA Pediatria Larrialdi Zerbitzuetan erabilpen zabaleko gel anestesikoa da eta bere helburua umeentzat mingarri izan daitezkeen azaleko prozeduren ezerosotasun eta mina ekiditzea da. Osagaiak lidokaina eta prilokaina %2,5 dira eta zaurigabeko azalean erabili behar da, gutxienez ordubete estalita mantenduz.

Kasu klinikoa: Molluscum contagiosum zabala (ezkeraurreko bularraldea, besapea eta besaburua) duen 4 urtetako umea, betidanik dermatitis atopikoa izan duena. Bere dermatologoak molluscumak kendu baino ordubete lehenago azalan 30 gramo EMLA ipintzen dizkio, aposito batekin estaliz. 50 minutu beranduago umeak buruko mina, ibiltzeko zailtasun eta ikusmen zirriborrotsua duela kexu da eta Larrialdi Zerbitzura abiatzen da. Heltzerakoan umea suminkor, ibiltzeko zailtasunarekin, ezpaineke zianosi garrantzitsu eta ezkerreko bularraldea odolak dariola agertzen da. Bertan arropa kendu, EMLA azaletik garbitu, oxigenoa %100era ipini eta metahemoglobina determinazioa egiten da (%19). Metileno-urdinaren benabarneko 1mg/Kg dosia eman ondoren sintomak desagertu eta metahemoglobina maila normalizatu egiten da. Komentarioak: haurtzaroko EMLA erabilpen ziurreko anestesiko topikoa da. Hala ere, dosi desegokia erabiltzeak eta larruazaleko arazoek garrantzi handiko efektu desiragaitzak sor ditzakete.

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

KASKO ERABILERA NERABENGAN. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi, L. González Conde, O. Iburguren Agirre.** *Beraungo Osasun Zentroa.*

Sarrera: Inkesta baten bidez jakin nahi dugu kasko erabilera nerabengan, bai biziketaz bai motoz

Material eta metodoa. Eskolan, ikastolan eta psfeional hezkuntza zentroetan egin dugu inkesta bat. Jaso dugu 506 inkestak. Adinak: 14 eta 18 urte artean Sexua 330 mutillak, 176 neskek

Emaitzak. Kasko erabilera: Motoz: beti %49a noizean behin 10%a inoiz ez %4a Bizikletaz. beti %3a, nizean behin %12a, inoiz ez %66a.

Ondorioak: Gazteok oso gutxi erabiltzen dute kasko motoan. Nahiz eta rebisionetan pediatriak aholkatu oso gutxi erabiltzen dira eta hori arazo handia izan daiteke.

WEBORRIAREN ERABILGARRITASUNA PEDIATRIAN KONTSULTA EUSKARAZ GAUZATZEKO. **X Txakartegi Etxebarria¹, R. Ugarte Libano².** ¹Gernikako OZ, ²Aranbizkarra I-ko OZ. Gasteiz.

Ideia hau Pediatra multzo batengandik atera zen. Beraietako batzuk euskaldun berriak izanik zerbait faltan sumatzen zuten, solasaldi soiletarako erraztasuna batik bat; alegia ez ziren gauza sentitzen harreman normalak euskaraz burutzeko. Beste pediatra batzuk, euskaraz hitz egiten jakin ez arren, komenigarria ikusten zuten esaldi labur batzuen bitartez umearekin euskaraz komunikatzea. Pediatra hauen keskaz jabetuz, EHLMPEk proposatu egin zuen Elkartearen WEBorrian euskarazko hiztegi bat eta kontsultan izan ohi diren solasaldi arruntak ipintzea (esekitzea) (www.aepap.org/euskara/euskara.htm). Formula desberdin batzuk hartu ziren kontuan, eta bata eta besteak erabiliz hauexek dira emaitzak: Joan zen urteko(2004) Martxoan abiatzen da egitasmoa eta 12 hilebete hauetan 9 atal jorratu ditu, bi hitz hutsezkoak, anatomia eta sintomei egokituak, eta gainerakoak kontsultako egoera desberdinei dagozkienak. Eguneke bisiten media 3 baino zertxobait gutxiagotan dago, atal batzuk beste batzuk baino bisita gehiago dauzkatelarik. EHLMPEaren WEBorriko sarrera guztietatik %5a izatetik bere hasieran batazbesteko %7,5a izatera igaro da gaur egunean. Beste aldetik, bere erabilera bikoiztu egin da. Ondorioz, esan dezakegu euskara WEBorriak hutsune bat betetzen ari dela gure elkarteko bazkideengan, pediatrik izan dutela honelako materialaren

nolabaiteko falta, informazio hau behin behinekoa izan arren landu eta irteera berriak aztertu egin behar dituela, eta formula berriak bilatu behar direla Pediatria arloan bezero-profesionalen artean harremanak euskaraz gauzatu daitezzen.

GAIXOTASUN LARRIAREN LEHEN ADIERAZPENA AZALEKO NODULU GISA. **N. Arostegi Kareaga.** *Donostia Ospitalea. Pediatría Zerbitzua.*

Kasu klinikoa: 7 hilabetetako haurra. Buru-larruan 3-4 kozkor edo nodulu nabaritzen zaizkio, 3 egunen buruan aurpegi eta gorpuntz-enbor guztian barreiatzen direlarik. Azalaren biopsiak zelula tumoralez osatutako dermisaren infiltrazioa adierazten du. Hezur-muinaren biopsiarekin Linfoide erako Leuzemia Akutu (LLA) bat dela baieztatzen da. Arrisku altuko Pethemaren protokolo tratamendua hasten du haurrak, berehala noduluen desagertzea gertatuz. Arraroa de linfoide erako leuzemia akutuen (LLA) lehen zeinua azaleko adierazpena izatea. Leuzemien artean mieloide erakoak dira azaleko klinika ematen dutenak, eta hauen artean monozitiko erakoak batez ere. Linfomek ere badute larruazala infiltratzeko joera, eta hauen artean T erakoen Bkoek baino gehiago. Gaixotasun larriak azalean azaltzen direnean, buru-larrua infiltratzeko joera agertzen dute bereziki.

ESTREPTOKOKOAREN TOXINA AZALEAN. **I. Miner Kaflanka.** *Pediatriako Zerbitzua. Donostia Ospitalea.*

Estreptokokoa azkenaldian gaixotasun larriak emateko joera berreskuratzen hari da, lehen baina birulentzia gehiago azalduz. Birulentzia hau emateko faktore garrantzitsuak dira, alde batetik A taldeko estreptokokoen azaleko M proteina,

bestetik jasaten duen gaixoaren egoera (arrisku gehiago dute haur, zahar eta immunodeprimiteuek), eta azkenik bakterioaren toxina eratzeko gaitasua. Estreptokokoak azalean adierazpen anitz ditu, eta hauek mekanismo desberdinek bideratzen dituzte; infekzio zuzena (ektima, impetigoa, isipela, zelutitisa, e.a.), toxina bidez (eskarlatina, shock toxikoa) edota mekanismo inmuneei jarraituz (sukar erreumatikoa, urticaria). Komunikazio honen bidez gure zerbitzuan ikusitako bi eskarlatina kasu azaldu nahi ditugu. Eskarlatina A taldeko estreptokokoak sorturiko exotoxina eritrogenikoen ondorioz ematen da. Nahiz eta antigorputz bidezko erantzun espezifikoa izan, behin baino gehiagotan pasa dezake eskarlatina pertsona berdinak, izan ere, gutxienez lau toxina eritrogeniko ezberdin daude.

II. PEDIATRIA TOPAKETAK.

DONOSTIAN 2006KO APirilAREN 17AN.

GAI NAGUSIA: GAIXOTASUN

KUTXAGARRIAK

PONENZIAK

GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN PREBENTZIOA. **J. Artieda.** *Gipuzkoako Zaintza Epidemiologikoko teknikaria.*

GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN TRATAMENDUAK LEHEN MAILAKO ARRETAN. **M. Alkorta.** *Gurutzeta Ospitaleko mikrobiologiako zerbitzuko.*

GAIXOTASUN INFEKZIOSO LARRIAK. **J. Landa.** *Donostiako Ospitaleko Larrialdi eta Arreta Intentsiboetako .*

LEHEN MAILAKO ARDURAKO PEDIATREN JARDUERA GAIXOTASUN INFEKZIOSOEN AURREAN. **A. Izeta, U. Flores eta F. Aldana.** *Nafarroako Osasun Zerbitzua-Osasunbidea.*

POSTERRAK

HATZETAKO HIRUGARREN FALANGEKO HIPERPIGMENTAZIOA BULARREKO UME BATEAN.

L. Pérez Bescos, M. Martínez Elgarresta, A. Lekuona Irigoyen, J. Iturralde Iriso. *Alde Zaharreko Osasun Zentrua Gasteiz.*

Kasua Zortzi asteko neskaren ama gure kontsultara etorri zitzaigun atzamarretan orbanak ikusten zituela eta anka batean ere beste orban marroi bat agertu zitzaioela esanez. - Akromelanosiarekin antza andia dugulakoan guade. Akromelanosia gaitz arraroa da oso, normalean pigmentazioa ilunagoa da eta anketara eta besoetara zabal daiteke, batez ere. Denaden, ez da erraza, gure uste apalean, desberdintzea. - Guk aurkezten dugun kasua alterazio onbera izaten da eta gure artean orain arte ez dago argitalpen asko horri buruz.

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

STEINERT-EN DISTROFIA MIOTONIKOA ETA IN VITRO ERNALKETA. **N. Garcia de Andoin¹, I. Sota¹, J. Echeverria¹, A. Lopez de Munain², A. Cobo³.** ¹Neonatalogia unitatea, *Pediatría Zerbitzua*; ²Neurologia Zerbitzua; ³Genetika Zerbitzua. *Donostia Ospitalea, Donostia (Gipuzkoa).*

Sarrera: Azken urteetan laguntza bidezko ugalketa tekniken erabilerak gorakada izan du antzutasunaren tratamendurako. Antzutasuna gaixotasun hereditario askok sortu dezakete. Steinert-en distrofia miotonikoa, herentzia autosomiko gainartzailea duen gaixotasuna da, orokorrean amak transmititua. Antzipazio fenomeno bide, ondorengoek klinika geroz eta goiztiarragoa izaten dute. Distrofia miotonikoarekin erlazonaturik, laguntza bidezko ugalketa tekniken erabileraren alde onen eta txarren bi adibide aurkezten ditugu.

1. kasua: Biki-haurdunaldia, ernalketa in Vitro bitartez, gurasoen antzutasun primarioagatik. Odolkidetasunik ez. Ustezko gaixotasunik ez. Haurdunaldian polihidramniosoa. Erditze goiztiarra 33. astean. Bi jaioberriek hipotonia larria. Kreatin-fosfo kinasa maila altuak. EEG eta metabolopatien ikerketa normala. Amaren azterketa fisiko sakona: gerri pelbikoko ahuldura proximala eta fazies miopatikoa. Steinert-en gaixotasunaren ikerketa molekularra: CTG hirukotearen espansio patologikoa aurkitzen da bikietan eta aman, eta baita amaren anaia, ahizpa eta aitan.

2. kasua: Ama distrofia miotonikoaren eramailea, G2 A2 P0. Biki-haurdunaldia in Vitro ernalketa bidez obulu emaillearekin. Implantazio aurretik enbrioien ikerketa molekularra normala. Erditzea 33. astean. Bi jaioberriak sanoak.

Ondorioak: In Vitro ernalkuntza antzutasun arrazoi desberdinegatik geroz eta gehiago erabiltzen den teknika izanik, garrantzitsua iruditzen zaigu bikotearen azterketa fisiko eta historia kliniko familiar exhaustiboa egitea, gure inguruan prebalentzia altua duten gaixotasun genetikoak atzemateko.

SEXUALITATEARI BURUZKO EZAGUTZAK ERRENDERIKO NERABEEN ARTEAN. **P. Gorrotxategi, K. Sánchez de Ocaña, E. Inchaurre, M. Arrese.** *Beraungo Osasun Zentrua.*

Helburua: Jakitea zer diren haurdun ez gelditzeko metodoei buruz eta sexu bidez kutzatzen diren gaixotasunei buruzkom Ezagutzak Errenderiko nerabeen artean.

Metodoa: Errenderiko bi ikastetxetan inkesta bat egin dugu. Nerabeak 14 eta 18 urtekoak izan dira. Behean dagoen taula ikus ditzakegu nerabeko ezaugarriak: Tabla I.

TABLA I.

Ikastetxe	Guztia	Baztertuak	14 u.	15u.	16 u.	17 u.	18 u.	neskak	mutilak	adina
1 zenb	168	4	28	25	49	48	14	100	64	14,6
2 zenb	103	4	0	0	9	33	57	7	93	15,9
Guztia	271	8	28	25	58	81	71	107	157	

Inkestan hiru galderak egin ditugu. Lehenengoa, haurdun ez gelditzeko metodoei buruz; bigarrena, sexu bidez kutzatzen diren gaixotasunei buruz; eta hirugarrena norengana jo informazio ezke gustatuko zitzaien buruz.

Emaitzak: Lehenengo galdera izan da, haien ustez, zein metodo iruditzen zaien egokiena haurdun ez gelditzeko. Erantzunarik ugariena preserbatiboa izan da %78a, eta bigarren partean galdetu zaie zein metodo balio duen sexu bidezko gaixotasunak ez harrapatzeko, eta erantzunik ugariena preserbatiboa ere izan da %89a. Bigarren galdera izan da, haiek dakitenez, zein gaizotazun kutzatzen da sexuaren bidez. Ia ia denak (%93a) HIESa sexuaren bidez kutzatzen dela dakite, baina %30a baino ez dakite Sifilisa, Gonorea eta B Hepatitisa sexuaren bidez kutzatzen dela. Hirugarren galdera izan da, ea norengana informazio ezke joatea gustatuko zaien, eta hiru izan dira erantzunak: guraso (%30a), mediku (%22a) eta lagunengan (%20a).

Ondorioak: 1) Nahiz eta preserbatiboa iruditzen zaien egokiena, bai haurdunaldia ekiditzeko, bai sexuaren bidezko kutxapena sahisteko, ba dago nerabeen kopuru nahiko handia (%10-20a) usten dutela metodo egokiena ez dela. 2) Nerabe askok ez dakite Sifilisa, Gonorea eta, batez ere B hepatitis a sexu bidez kutzatzen direla. 3) Lehenengoa ez izan arren, medikua nahiko ondo baloratua dago nerabeen artean, informazio iturri bezala. Erantzun horrek esan nahi digu nerabeen heziketan parte hartu behar dugula medikuok

EDOSKITZE NATURALAAREN BILAKAERA 20 URTEAN LEHENENGO ARRETA KO KONTSULTA PEDIATRIKO BATETAN. **X. Txakartegi Etxebarria, C. Álvarez Rodríguez.** *Gernikako Osasun Zentrua.*

Sarrera: Badira ia 30 urte Jelliffe eta Jelliffe-ren axiomaren egunetik "The breast is best". Orduetik hona, gure eskualdean E.doskitze Naturala (E.N.a) suspertzeko eraginkorrak izan diren ekintzak honela laburbil ditzakegu: 1) Eskandinabiako E.N.aren suspertzean hartutako neurrien erabilera lehen maila(L.M.)ko pediatren aldetik 1980. urtetik aurrera. 2) Ama izateagatiko lan atsedenen gehitzea 16 astebetara 1986.anean. 3) Gure Ospitale bere gain hartzea E.N.aren bultzabeharra 1992.ean. Beste aldetik, Hirugarren Munduan esne artifizialen sarrera bortitza antzematen zen 1980. urtetik aurrera; Innocenti adierazpenaren bidez, 1990. urtean, gelditu egin da joera hori eta bere 15. urtemugan M.O.E.k dio urtero E.N.ari esker 6 milio umeren bizia ateratzen dela aurrera.

Helburua: Edoskitze Naturalaren iraupen medioa eta 3 eta 6 hilebeteko prebalentzia ezagutu, 1984-1990ean gertatu zen susperraldiarekin parekatu eta uztearen aldagaiak ezagutu.

Materiala eta metodoa: Pediatria kontsulta bati dagozkion 1985, 1990, 1995, 2000 eta 2004. urtean jaiotakoak (63, 52, 62, 59 eta 62 ume, hurrenez hurren) elikadura naturala aztertzen metodo erretrospektiboz.

Emaitzak: Edoskitze naturalaren iraupen medioa 3,25, 3,37, 4,45, 6,70 eta 4,97 da aipatutako 5 laginetan. Edoskitzen

hasten diren amen portzentaia %91,2, 78,8, 75,4, 84,7 eta 82,3 dira hurrenez hurren. Gutxienez 6 hilebete edoskitzen dutenen prebalentzia %25, 23,1, 32,8, 54,2 eta 43,5 dira. Oro har, oinarritzko ikasketa dituzten ama gutxiago hasten da bularra ematen eta ikasketa unibertsitarioak dituztenek gehiago elikatzen dute 6. hilebetetik aurrera. Desberdintasun hauek ez dira hain esanguratsuak azken bi laginetan. Gehiago hasten dira bularraren bidez elikatzen lan ordaindua duten amak etxean jardutenak baino eta, esanguratsua, ama gehiago dago bularrez elikatzen 6. hilebetetik aurrera lan ordaindua dutenen artean. Amaren adinari dagokionez, portzentaia txikiagoa hasten da E.N.z elikatzen eta oso gutxi heltzen da 6 hilebeterarte ama gaztea (<23 urte) eta ama adintsua (>35 urte) direnean, baina 2000 eta 2004ko laginetan adin erdiko adinekoen parera heltzen dira azken hauek.

Ondorioak: 1) Esfortzu handi baten bidez, gure kontsultan edoskitze naturalaren suspertze nabaria lortu 1981-90 hamarkadan. 2) Ustekabea, ohar daiteke emaitzak hobetu egin direla nabari gaur egun. 3) Emaitza hauek askoz ere hobekia dira Estatu Espainoleko eta Euskal Herriko beste emaitzekin parekatzen direnean. 4) Urruti geratzen dira, dena den, Eskandinavian gaur egun lortu dituztenetatik. 5) Erakunde Publikoek konpromiso eskasa erakutsi dute auzi honetan. 6) Ezinbestekoa da gaur egun erizain pediatrikoaren prestakuntza eta lana, beste osasun-heziketen artean, E.N.a bultzatzeko.

HESTEGORRIKO HANTURA EOSINOFILIKOA: AZKEN BI KASUAK. **Miner Kanflanka¹, A. Vivanco López¹, I. Sota Busselo¹, E. Oñate Vergara¹, M.A. Cortajarena Altuna².** ¹Pediatriako BAME. ²Pediatriako Adjuntua. *Haur-Gastroenterologia, Gibel eta Elikadura Unitatea. Donostia Ospitalea.*

Hestegorriko hantura eosinofilikoa edota esofagitis eosinofilikoa, hestegorriko hormaren eosinofilo bidezko infiltrazioa da. Definizioz, biopsian, zelulen %15-20a baino gehiago eosinofikoak dira. Orain dela gutxi arte, entitate ezezaguna, gero eta arruntagoa da diagnostiko hau egitea. Badirudi maizago ematen dela gizonezkoetan eta alde zurretiko joera bat badagoela zenbait familietan. Etiologia ere ezezaguna da, eta nahiz eta hipotesi ezberdinak dauden, gaur egun onartuena dagoenak faktore alergikoen eta erantzun inmune ezezagoki baten arteko hartueman dela dio. Haur zein helduetan ager daiteke patologia hau eta sintoma tipikoenak disfagia, janari inpaktazioa eta bihotzerrea dira. Diagnostikoa biopsia bidez baieztatzen da, hormako zelulen %15-20a baino gehiago eosinofiloak direlarik. Tratamentuari dagokionez ere ez dago adostasunik, orokorrean ezagutzen bada prozesua bultzatu duen alergenoa ekiditea funtsezkoa da. Hortaz gain hainbat tratamenduren proba egin ohi da, besteak beste, kortikoideak, kromoglikato sodikoa edota mostelukast. Gure ospitalean azken urtean diagnostikatu ditugun 2 kasu aurkeztzen dira.

KONPLIKAZIO LARRI BAT BARIZELA KOADRO BATEAN. **S. Ortuzar Yandiola, G. Mz. de la Hidalga Ortiz de Zarate.** *Pediatría Zerbizua. Txagorritxu Ospitalea. Gasteiz.*

Barizela edo astanafarrerria haurtzaroko ohiko gaixotasuna da. Normalean arina da, baina konplikazio larriak eragin ditzake bereziki haur immunodeprimetuetan eta are gutxiago immunitate normala dutenetan. Maizenak larruzaleko gaininfekzioak dira eta mikroorganismo sarrienak Streptococcus beta hemolitiko eta Staphylococcus aureus. Kasu kliniko bat aurkeztuko dugu. 21 hilabeteko gizonezko

umea dugu. 24 orduko barrabil inflamazioa eta minarekin zeraman ospitaleko pediatriako larrialdi zerbitzuan ikusi genuenean. Sukar handia 48 ordu lehenagotik zeukan. Hau dena barizela koadro baten inguruan, 4garren egunean. Barrabil afekzioa baztertzen da ekografiaren bidez, baina edema eskrotal handia hautematen da. Garapena ikusita benabarneko tratamendu antibiotikoa ezartzen da (amoxicilina-klabulaniko 100 mg/kg/eguna) Hurrengo egunetan kliniko analitikoki ekrtzen da gaixoa eta larruzaleko erasana hedatzen da (praka motzako forma). Oso mingarria da eta ultzera sakonak garatzen dira. Faszitis nekrotizatzailearen arriskua zela eta kobertura handiagoko antibioterapiarekin hasten da (gentamizina + metronidazol + gentamizina). Ondorengoan garapen ona zein motela ikusten da.

EZOHIKOAK DIREN 2 MENINGITIS KASU. **M. Leunda Iruretagoyena.** *Pediatría Zerbizua. Donostiako Ospitalea.*

Ezohikoak diren 2 meningitis kasu aurkeztuko ditut. Bata neskato batean gertaturikoa, neumokokoak eragina eta bestea muko batean, zeinetan germena ezezaguna izan zen. Bi kasuak etmoiditisarekin lotuak daude, lehenengo kasuan agian kasualki, eta bigarrenean buruko haustura baten ondoren. Bietan tratamendua berdina izan zen, antibiotikoak eta kortikoideak. Nahiz beste meningitisak baino luzeagoak izan diren biek izan zuten eboluzio ona.

2005-2006 GRIPE DENBORALDIA LEHEN MAILAKO PEDIATRIA KONSULTA BATEAN, 2001-2002 DENBORALDIAREKIN KONPARATUTA. **J. Calzada Barrena¹, A. Bengoa Gorosabel², M. Igartua Goitia².** ¹Basurtuko Ospitalea; ²Bergarako Osasun Zentrua.

III. PEDIATRIA TOPAKETAK.
GAISTEZ 2007KO APILAREN 17.
GAI NAGUSIA: PSIKOLOGIA

PONENZIAK

DEPRESIO ETA HAURRAK. **B. Garmendia.** *Haur eta Gazteen Psikiatria Taldea. Donostia.*

ARRETA GALDU-HIPERAKTIBITATE ASALDURA. BILAKAERA NATURALA ETA SALDURA KOMORBIDEAK. **X. Txakartegi.** *Gernika-Lumoko Osasun Zentroa.*

Arreta Galduta-Hiperaktibitateagatikoa Asaldura (AGHA) arazo neuropsikiatrikoa da, iturburu biologiko batek eragindakoa. Funtzio exekutiboak edo betearazleak eta ezagumendurako funtzioak eragozten ditu, eta portaerako asaldura azaltzen da haien ondorioz. Beraz, esan genezake AGHA sintomatologia funtzional bat adierazten duen arazo organikoa dela. Hiru dira asaldura honen sintoma nagusiak edo guneko sintomak edo lehen sintomak: Arreta galdua, Hiperaktibitatea eta Oldarkortasuna.

Bere ondorioz, pertsonak arazoak izan ditzake bai adimenean zein emozioetan, gizarte, eskola zein familia mailan izan ditzakeen arabera.

Hiru azpitalde antzeman ditzakegu AGHAan: Sintomatologia guztia oro hartzen duena, arreta galdua nagusi duena eta hiperaktibitatea-oldarkortasuna nagusi duena, azken bi hauetan beste sintomatologia baretuta dagoelarik. Gehienetan 3 taldetako sintomak gertatzen dira pertsona berean, baina batzutan arreta galdua asko nagusitzen da besteekiko, edo HAa eta Oa nagusitzen dira nabari arreta galdurekiko. Arreta Galduta nagusi denean, neskak dira gehienetan, ez daukate gizartearekiko arazorik, bai, ordea, eskolan. HA + Ia nagusi denean, mutilak dira batik bat, eta joera handiagoa dute portaerako asalduretarako.

Oso frekuentea da eta %5ean koka dezakegu pere prebalentzia. Gizonezkoek emakumeek baino gehiago pairatzen omen dute, baina hau ez da gauza segurua arreta galdua nagusi den azpitaldean neska gehiago dagoelako; azpitalde honek gutxiago kontsultatu ohi du ez duelako arazo nabaririk sortzen. Hiperaktibitatea eta oldarkortasuna daudenean, aldiz, kontsulta gehiago eta, gainera, goizago egiten da arazoak nabariagoak baitira.

Kausa genetikoak nagusi badira ere, %20ean beste batzuk antzeman daitezke haiek alde batera utzi eta gero: tabakismoa, mikrocefalia, haurdunaldiren adinerako pisu gutxiko umeak ...

AGHak komorbilitateko edo aldameneko patologia ohi du batera, gero aipatuko dugun moduan. Bilakaera kronikotzat hartu behar dugu AGHarena, %40k helduaroan guneko sintomak edo aldameneko patologiaren sintomak izango dituelako.

Arazoaren bilakaerako arriskuak, AGHaren bilakaerako komorbilitatea deitu geniezaioke, hauexek dira: Ikasketako porrota, Portaeraren asaldurak eta emozioen asaldurak.

Aipatutakoak dira, esan dugun moduan, AGHare bilakaerako arazo nagusiak dira, sarriago gertatzen direnak adina aurrera ahala, baina AGHarekin batera bete arazo batzuk izaten dira sarritan. Honela, AGHA hutsa %30ean bakarrik gertatzen dela haurtzaroan eta %10ean helduaroan.

AHOZKO KOMINIKAZIOAK

HUR LODITASUNALEHEN MAILAKO PEDIATRIA KONSULTETAN. **E. Intxaurza Hernandez, E. Larramendi Uranga, K. Sanchez de Ocaña Insausti, P. Gorrotxategi Gorrotxategi.** *Beraungo Osasun Zentroa.*

Sarrera. Haur obesitate gaixotasuna geroz eta gehiago ikus dezakegu Mendebaldeko

gizartean. 2 urtetik 18ra obesitatea definitzeko parametroa Gorputz Masaren Indizearen pertzentila da. Obesitate bezala har dezakegu GMI>P95 denean eta gehiegizko pisua GMI P85-P95 artean dagoenean. Gaur egun ez dute kontuan artzen GMI pertzentila, ez tratu agiriak (Eusko Jaurlaritzako osasun saila eta Osakidetza artean gertatutako osasun prestakuntzak araupetzen dituenak) ez eta Osabidek (paziente historia klinikoa gestioatzeko datu baseak)

Helburua. Obesitatea eta gehiegizko pisuaren nagusitasuna ezagutzea 2 eta 13 urte artean, jakiteko beharrezkoa ote den GMI kalkulatzeko pediatria kontsultetan.

Materiala eta metodoak. Atzerako luzeiko ikasketa. Gizartea: Egiako (Donostia) eta Beraungo osasun zentroko 1992 eta 1994 artean jaiotako haur guztiak, Pisu, Luzera, eta GMI 2,4,6 urtekin eta 10,14 urtekin.

Emaitzak: Historia klinikoak beguiratu dira, 11 haur baztertuz 2 eta 6 daturik ez edukitzeagatik. Gehiegizkopisu eta obesitatearen baterapuntua %14 eta 7 da. Nerabearoan gehiegizkopisu eta obesitatea daukaten haurretatik %30 2 urtekin antzeman zitzaizen.

Ondorioak: Nahiz eta aztertutako haur zenbakia txikia izan, zera esan dezakegu: gehiegizkopisua eta obesitatea 2 urterakoa geri zela, beraz GMI pertzentilaren kontrol bat eramatea beharrezkoa ote den, adin horretatik nerabetasunera heldu arte.

IV. PEDIATRIA TOPAKETAK
2009KO EKAINAREN 10A BILBAO
GAI NAGUSIA: UMETAKO LIXERI-
APARATUKO AZAROAK ETA NUTRIZIO
EGOERA GAUR EGUN

PONENZIAK

SABELEKO MIN FUNTZIONAL LEHEN ARRETAN.
T. Arginzoniz Marzana. *Iurretako Osasun Zentroa.*

AMAREN TITIA, BENETAN OTE DA ONENA? **I. Canales Arrasate.** *Pediatra.*

HELICOBACTER PYLORI. GAUR EGUNGO EGOERA.
E. Gorostiza Garai. *Pediatra*

EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO HAUR ETA NERABEEN JATEKO OHITURAK ETA NUTRIZIO EGOERAN DITUZTEN ERAGINAK. **J. J. Arrizabalaga Abasolo.** *Endokrinologoa*

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

JATE PORTAERAREN ASALDURARI BURUZKO EZAGUTZAK ETA JARRERAK. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi¹, L. Minondo².** ¹*Beraungo Osasun Zentroa.* ²*Ermuko Osasun Zentroa.*

Helburua. Inkesta baten bidez, nerabeek jate portaeraren asaldura zer dakiten ezagutzea da.

Metodoak. Inkesta anonimoa DBH 3. eta 4. kurtoei, Batxillero 1. eta 2. kurtoei eta lanbideko hezkuntza egiten dutenei egin diegu, osasun zentroari dagokion eremuan.

Emaitzak. Neskeen artean % 26ak eta mutilen artean %6ak aurreko urtean egin dute dieta berezia. Andereen artean % 33k pisuari buruzko kezka daukate, gizonen artean, berriz, % 10ak bakarrik. Nerbio-anorexia eta bulimia sintomen ezagutzak urriak dira, esaterako, osteoporosi eta biotz arazo egiten duena ez zekien ia-ia inork, bai neskeetan, baita mitiletan ere.

Ondorioak. 1) Inkesta hjonetan parte hartu dute nerabeen artean, herenak dietaren bat egin izan du inoiz eta beraien itxura fisikoaz arduratu daude. 2) Nerbio-anorexia eta bilimiari buruzko ezagutzak urriak dira nerabeen artean.

EDOZKITZE NATURAL MINGARRIA. TITIBURUKO RAYNAUD SINDROMEAK. **F. Salmon Antón, A. Monasterio Rodríguez, N. Salmon Rodríguez, P. Costillas.** *Arrigorriagako Osasun Zentroa.*

Amaren esnearekin egindako edoskitzea ondo egiteko, ikasi egin behar da eta ondo prestatutako profesional bat behar da bularra emango duela bermatzeko.

Bularreko mina eta arazoak ohikoak izaten dira edoskitze naturala aukeratzan duten amengan eta edoskitzeak porrot egitea eragiten du.

Gero eta gehiago dira edoskitzearen garrantzia eta abantailak kontziente diren amak eta gero eta ezagutza handiagoak eskatzen dizkigute edoskitzearen inguruan eta sortu ahal diren arazoen konponbidearen.

Kasu bart aurkeztuko dugu, medizinen literaturan oso ohikoa ez dena: titiburuko patologia baten ondoriozko edoskitze mingarri bat, ama bular-emaileran borondaterari eta esfortzuari esker konpondu dena.

V. PEDIATRIA TOPAKETAK

2010EKO MAIATZAREN 11AN DONOSTIAN

GAI NAGUSIA: TXERTO BERRIAK ETA BETIKOAK

GIZA PAPILOMA BIRUSAREN KONTRAKO TXERTOAK DELA ETA. **K. Martínez Urionabarrena.**

Bideko Ama Birgina Ospitalea. Nafarroa

Umetokiko zerbixaren minbizia (UZM) eman dadin Giza Papiloma Birusaren (GPB) presentzia erabat beharrezkoa da, beste kanpo faktore batzuen eraginak ere garrantzia izan arren. Horien artean tabakoa, multiparotasuna, ahozko kontrazeptiboaren erabilera, maila sozioekonomiko baxua etab. baidelarik. Eta eraginezko screening eza. Frogatua baitago screeningak egiten direnean, minbizi honen intzidentzia oso baxua dela.

UZM inbasiboak, ematen denean, kurto progresiboa, motela du eta hainbat momentutan geratu daiteke. Horrexegatik esan ahal da, UZMaz hildakoak Osasun Sistemaren akats bati zor zaizkiola.

Geure inguruan ez dago minbizi honen epidemiarik eta ez da osasun larrialdirik. Horrexegatik ez da ulertzen nola onartu den neskatala guztiak txertatzea, egindako ikerketetan neskatala kopurua oso baxua izanik eta ikerketen emaitzak minbiziaren kontrako txerto honen eraginaz hain pobreak izanik oraindik.

Susmagarria da bestalde txertoa 2006ko ekainean onartu zela, ikerketek datu zehatzik emateke zeudelarik. Eta orain dauzkagunak ere ez dira hain positiboak.

Gai honetaz gobernuak hartutako erabakiak ondorio hauek izan ditu: GPBaren sexubidezko transmisioaren ezagutzaren minimizazioa, nerabeen UZMren mehatxuaren maximizazioa, arriskurik handiena duten populazioen ezjakintasuna, eta Elkarte Zientifikoen kuestionamendua (eta hau, medikuon akatsa eta erantzukizuna da, soil soilik)

A GRIPEREN KONTRAKO TXERTOAK. **A. Bengoa Gorosabel.** *Bergarako Osasun Zentroa. Gipuzkoa*

ROTABIRUSEN KONTRAKO TXERTOAK. **A. Iturriz Mata.** *Elgoibarko Osasun Zentroa. Gipuzkoa.*

Rotavirus infekzioa unibertetsala da. Gastroenteritisaren eragilea da. Batez ere umeak bost urte baino txikiagoen artean gertatzen da. Urtero, garapen bidean dauden herrietan, rotavirusak 500.000 heriotz produzitzen ditu. Gure inguruan ez da heriotzik izaten, baina osasun sistema inpaktu ekonomikoa importante da.

Rotavirus kontrako txertoa, neumokokoarekin gertatzen den bezala, txerto egutegitik kanpo dago. Rotavirusaren kontra bi txerto dauzkagu. Adituen arabera eraginkorrak dira. Dirudienez txertoek %46-%96 ospitalizioak prebenitzen dituzte. Zorritzarrez arazo larria den lekuetan

(Afrikan eta Asian adibidez) ez dira iristen, hori da, munduari begira, heriotz gehiago gertatzen diren luraldetan oso txerto gutxi dauzkate arazo ekonomikoengatik, eta heriotzik ez dauden herrialdetan, aldiz, txerto asko saltzen dira.

NEUMOKOEN KONTRAKO TXERTOAK. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi.** *Ermuko Osasun Zentroa. Bizkaia*

Neumokoko Kontrako Txertoa ez dago gure Txerto Programa barruan, baina Espainako Pediatria Elkarteak gomendatzen du. Horregatik pediatrian eta gurasoen artean zalantzak sortzen dira. Gaia argitzeko asmoz argitatsatutako txerto garapenari buruzko artikulu aztertu nahi izan ditugu lan honetan, bai gaixotasun inbatzaileari buruz, baita neumokokoak eragindako meningitisa eta pleurako izuriei buruz ere. Artikulu horiek aurkitzeko *Medline* izeneko datu-basea erabili dugu.

Argitaratu dituzte artikuluak aztertu ondoren ikus dezakegu, nola txertoa jarri bezain laster gaixotasun tasa gutxitzen dela, bestalde, laupabost urte geroago berriro gaixotasun tasa handitzen da; beraz, emaitza hauekin ez dakigu zer esan eta zer gomendatu aholku bila etortzen zaizkigun gurasoak, guk ere txerto honi buruz zalantzak baitauzkagu, ez daukagu argi txerto hau gaixotasuna osoan saihesteko erabat baliagarria den ala ez.

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

OSASUN EREMUAZ KANPOKO ZAINZA PEDIATRIKOAK: PREMIA BEREZIDUN UMEAK.

E. Gonzalo Alonso, N. Salmón Rodríguez, A. Monasterio Rodríguez*, M. García Suberviola*, F. Salmón Antón. *Arrigorriaga-Ugao-ko Osasun Zentroa, Osakidetza. *Erizaina. Euskera itzultzailea: Nerea Etxebarria Larrinaga*

Pediatricaren jardueran, lehenengo laguntzan sortzen diren egoera gehienetan, gure partehartzeak HASI eta BUKATU osasun zentroan egiten du. BATZUTAN espezialistengana jotzen da, eta bai aldi eta kasu gehienetan, ume gaixoaren beharrei irtenbidea eman diegu.

Hala eta guztiz ere, hilabateko epean, Osasun, Hezkuntza eta Familia ezemuetan gatazkak sortarazi dituzten bi kasu ezagutu ditugu: bata bi urte t'erdiko ume batean D.M.I.N. bat eta EPIDERMOLISIS

BULLOSA jaioberri batean. Kasu biek eskatzen dute epe luzeko kontrola eta jarraipena eta beraz, osasun esparruaren kanpoko laguntza ere.

Osasun esparruan, gaixo hauek gaixotasun kronikodun eta menpeko bezala sailkatzen ditugu. Eskola arloan, ume bereziak dira, laguntza berezien beharra dutenak, bai errefortsu pedagogiko, bai terapeutiko edo laguntzaileen bidez.

2005-11-29an Gobernu Kontseiluak sinatutako Hitzarmenak osasun behar

espezifikodun umei laguntzeko egitaraua bat zehaztu zuen. Honetan ezartzen da osasuneko langileria Osasun Zentroan ari dela eta Hezkuntza arloari ez dagokiola ikaslearen osasun laguntza, garrantzi handiko auzia izan ezik.

Bi gaixo hauek ohartarazten digute langileria adituaren beharraz (osasuneko ala ez). Horrela, behar bezalako jarraipena egin ahal izateko zen, goian aipatutako hiru erakunde en (Osasun eta Hezkuntza arloak eta Familia) elkarketa ezinbestekoa da.