

VIII. *Pediatria Topaketak.*
Alergia pediatrikoa.
 Gasteizen,
 2014ko maiatzaren 28an

VIII Reunión Pediátrica.
 Alergia pediátrica.
 Vitoria-Gasteiz,
 28 de mayo de 2014

Aurten, *Pediatria Topaketak*, joan den 2014ko maiatzaren 28an, Txagorritxu Ospitaleko Areto nagusian egin zen. Urtero bezala, bai Euskal Herriko Lehen Mailako *Pediatria Elkarteak* (EHLMPPE-AVPAP), baita Euskal Herriko *Pediatria Elkarteak* (EHPE-SVNP) ere, topaketen antolakuntzan parte hartu dute

Mahai-Ingurua “*Alergia pediatrikoa*” izan zen eta gai horri buruzko hitzaldiak hauek izan dira: Esozia Arroabarrena Drea k “*Anafilaxia kontzeptua eta tratamendua*” gaia jorratu zuen. Ainhoa Zabaleta Dreak, berriz, “*Elikagaietako ahozko tolerantzia eragitea, dietaren alternatiba*”, eta azkenean, Janire Vicarregui Dreak “*Haur alergikoak eskolan*”.

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK ETA POSTERRAK

MASTITI SUBAKUTUA EDOSKITZEAN. **E. Gorostiza Garai¹, A. Ansotegi Larrinaga², C. Lopez Palacios², A. Etxebarria Ugarte³.** ¹*Pediatra*, ²*Emagina*, ³*Familia Plangintzako Medikua. LMA Abadiño-Berriz-Elorrio. OSI Batrrualde-Galdakao, Osakidetza.*

Hitzaurrea: Azken urteotan, mastiti subakutuen diagnostiko etiologikoa garrantzi nabarmena hartzen ari da bularra ematen duten emakumeen artean, bere tratamendu egokiak dakartzan onurei dagokienez, amagandiko edoskitzea bertan behera ez uzteko xedearekin.

Helburuak: Bularra ematen ari diren emakumeen artean, mastiti sintomak dituztenetan, esne laginak aztertu – eragile etiologikoen tratamendua antibiogramaren arabera eginez- eta hauek edoskitze mota aldatzearekin duten harremana balioztatu.

Metodoa: Amagandiko edoskitzea emateko berebiziko nahia adierazten duten eta mastiti sintoma lokalak dituzten 7 emakumeen ikerlan deskribatzailea, edoskitzaroan, azken 18 hilabetetan zehar Lehen Mailako Arreta talde baten ardurapean. Sintoma kliniko, esne laginen kultibo bakteriologiko eta haurdunaldi, erditze eta edoskitze motarekin erlazioa duten aldagaiak aztertzen direlarik.

Emaitzak: Sintomen hasiera lehenengo eta bigarren hilabeteen artean gertatzen da

6/7-an(%85-ean). Emanaldietan gertatzen den bularreko mina da funtsezko sintoma 7/7-an(%100-ean), esne jariapenaren beherakadaren sentsasiorekin bat 6/7-an (%85-ean) eta zenbaitetan titiburueta zauriekin batera 6/7-an(%85-ean). Esne kultiboan 6/7-an(%85-ean) *Staphylococcus* koagulasa negatiboaren (*epidermidis*) presentzia adierazi da >10³ kolonia formatzaile unitateak/ml esneko (cfu/ml) eta 5/7-an(%71-an) *Streptococcus viridans* >10³ cfu/ml-ko kontzentrazioan. Antibiogramaren baldintzapean antibiotiko tratamendua jasotako ama guztien artean 2/7-ak(%28-ak) ez zuen bularreko sintomen hobekuntzarik ohartarazi eta kasu bakanean, 3 astetara berriz sintomak bueltatzean, antibiotiko ziklo berri bat hartu behar izan zuen. Amei sintomak azaldu baino lehen haur guztiek amagandiko edoskitzea zuten oinarrizko elikagaia, ondoren 4/7(%57-a) esne formula gehigarriak hartzen hasi zen eta hauetatik erdiek besterik gabeko amagandiko edoskitzearekin jarraitu zuten tratamendua hartu ondoren.

Ondorioak: Mastiti subakutua duten emakumeen bularreko mikrobiotan, *Staphylococcus epidermidis* eta *Streptococcus viridans*-en koloniak nabarmentzen dira >10³ cfu/ml ko kontzentrazioetan. Bular emanaldietan jasandako titietako sintomek, esne formula gehigarriak ematen hastera eramango ditu emakumeak. Bularreko mikrobiotari buruzko ikerlan gehiago beharko lirake besterik gabeko amagandiko edoskitzea sustatu ahal izateko lehen sei hilabeteko bularreko umeen artean.

ESKOLAN ERREAKZIO ALERGIKO BATEN AURREAN JARRAITU BEHARREKO PROTOKOLOA. **N. Salmón Rodriguez, M.J. Sarrionandua Uribelarrea, M. Navarro de Prado, M.J. Azkárte Yorca, J. Vicarregui Olabarrieta, E. Conzalo Alonso, F. Salmón Antón.** *Arrigorriaga-Ulloa eta Abadiño O.Z.*

AEP, SEICAP eta SEAICen adostasunarekin, AEPNAAk gaztelaraz www.aepnaa.org web orrian argitaratuko “*Protocolo de actuación ante reacción alérgica en la escuela*”, hemen euskeraz eta gaztelaraz aurkezten dugu.

Lehenengo orrialdean, haurren izena, diagnostiko eta agertzen diren sintomen larritasunaren arabera jarritu beharreko urratsak deskribatzen diren bitartean, bigarren orrialdean preskripzio egin duen medikuaren izena eta botika emateko gurasoen baimena agertzen dira.

Halaber, haurrari lagundu behar horretan, botika ematerakoan erabilera ez zuenen bat eginez gero erantzunkizunik ez dagoela aipatzen duen Kode Penalaren artikulua aipamena.

LEHEN MAILAKO PEDIATRIA ARRISKUAN AL DAGO?
P. Gorrotxategi Gorrotxategi, L. Leizaola Olarreaga, I. Monterrubio Rego. *Pasaia San Pedro O. Z. (Gipuzkoa)*

Sarrera: 1911n lehenengo Erakunde Sanitario Integratua (ESI) sortu zen. Bidasoako ESI, hain zuzen ere. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkariak (EHAA) zihoen bezala, bere xedea atentzioa integratzea eta koordinatzea lortzea zen. Baina zoritxarrez gauzak ez dira horrela izan. Atentzioa integratu ordez, pediatriaren kasuan gutxienez, langileak integratu dituzte, leku batetik bestera aldatuz. Beraz, funtzioak integratu ahal izateko, protokolo adostuak egin behar dira lituzkete. Honen ondorioz, sortu zaigun kezka lehen mailako pediatria arriskuan dagoen ala ez da.

Gertaerak: Bi gertaerak aipatu behar ditugu kezka argudiatzeko.

Lehenengo gertaera, azken Pediatria Lehen Mailako Enplegu Publikoaren Eskaintzan (EPE) gertatu zena da. Oposaketa martxan zegoelarik, bat-batean, Osakidetza baldintzak aldatu zituen, nahiz eta oinarrietan ezer ere ez jarri, ospitaleko guardiak egitera behartuz. Epaimailan zeuden pediatria guztiek protesta egin zuten. Alde batetik EHAA-ko oinarrietan ez zuelako horri buruz ezer jartzen, eta ondorioz EPE-ko azterketan larrialdiei buruzko galderarik ez zen izan. Bestetik, ospitalean egindako lana lehen mailako atentzioan egindako lana baino gutxiago barematzen delako (hilabete/putuazio). Protesta egin arren, ez zuten ezer lortu, eta ondorioz aldaketa hori mantendu egin da.

Bigarren gertaera beste ESI batean gertatu da. Pertsona bati "ESI-ko Pediatria goardiako izapidea" deituriko eranskina sinatzera derrigortu zuten, bere kontratua sinatu ondoren. Eranskin honek dio: "ESI-ko egiturak dakar ESI-n pediatria-guardietan lan egitea, jardunaldi osagarri moduan".

Eztabaida: Alde batetik, lehen mailako atentzioaren eta ospitalaren artean haremanak edukitzea komenigarria da, umeari atentzio hobea emateko. Bestetik, norbaitek bere erabakiz guardiak egin nahi baditu, positiboa izan daiteke. Baina, ezin daiteke guardiak egitea derrigortu.

Ondorioak: Aipatu dugun egoera ikusita, lehen mailako pediatria, gaur egun ezagutzen dugun bezala, arriskuan dagoenaren susmoa daukagu.

BESIKULA ETA PUSTULAK AZALEAN: JARRAIPENAREN GARRANTZIA. **N. Arostegi Kareaga.** *Torrekuako Osasun Zentrua (Eibar). Debarrena ESI*

Helburua: Asko dira haurtzaroan, azalean besikula eta pustulak ematen dituzten gaixotasunak. Aurkezpen honetan, une epidemiologikoa eta haurraren jarraipenaren garrantzia nabarmendu nahi izan dira, diagnosi zuzena egiteko orduan.

Kasu klinikoak:

1) Bost hilabeteko mutila. Esku eta oinetan hazkure handia eragiten dioten papulak eta besikulak ditu. Ahoan ez zaio lesiorik antzematen. Une epidemiologikoan ez da aho-esku-oin gaixotasunik ikusten ari. Hazkurearentzat tratamendu antihistaminikoa ezartzen da, eta hasierako hobekuntzaren ondoren, 10 egunetara, brote larriagoa dauka, besikulak haien artean elkartuz eta anpulu edo babak sortuz. Dermatologoarengana bidaltzen dugu eta diagnosi zuzena "haurtzaroko akropustulosia" da. Antibiotiko eta kortikoide topikoarekin tratamendua jartzen zaio, tentsioan dauden anpuluak ere ireki eta garbituz. 2 urteren ondoren ez du brote gehiago izan. Ahaurtzaroko akropustulosia, etiologia ezezaguneko gaixotasuna da; adin txikiko haurretan gertatu ohi da eta gune akroetan gertatu ohi da, besikula eta pustula

moduan, brotetan, nabarmentzeko delarik sortzen duen hazkure handia (askotan sarnarekin egin ohi da ezberdintasun diagnostikoa).

2) Hamabost hilabeteko mutila, aurrekari bezela, azal atopikoa eta bronkiolitis errepikakorak. Erizainaren konsultara dator barizela daukala esanez. Behaketan zango eta beso osoan zehar papulak eta besikulak ikusten zaizkio, baita aurpegi eta buru aldean ere. Gorputz-enborrean EZ da lesiorik antzematen. Diagnosi aukerak: barizela? Aho-esku-oin gaixotasuna? Epe laburrean, bie gaixotasunen tratamendua sintomatikoa da bakarrik; sintomen tratamendua ezartzen zaio, baina etorkizunari begira garrantzitsua da barizela den edo ez zehaztea. Jarraipenean ondorengo gertatzen da: miaketa mingarriak ez egitearren, kakatan enterobirusaren PCR eskatzen zaio eta positiboa ateratzen da. Hilabete beranduago, beste arrazoi bategatik ikusten dugu konsultan eta ONIKOMADESIA daukala konturatzen gara. Aurrerago, arnasketa arazoegatik odol analisia egin behar diogu, eta barizelaren IgG eskatzen diogu bide batez, pasa ez duela konfirmatzeko: negatiboa da emaitza. Diagnostika guztiz baieztatuta gelditu da: aho-esku-oin gaixotasuna.

Iruzurkinak: Gaixotasunen diagnosi zuzena egiteko, nahitaezkoa da une bakoitzeko epidemiologia ezagutzea. Gaixotasunaren eboluzioa, guk uste dugun gaixotasunaren ohiko eboluzioarekin bat ez datorrenean, beste diagnosi aukera bat pentsatu behar dugu eta duda izanez gero, espezialistaengana jo. Lehen mailako pediatrik haurraren aurrekariak ezagutzearen abantaila dauka, eta jarraipenean, diagnosi zuzen bat egiten laguntzeko arrastoak edo pistak izango ditu.

GEHIEGIZKO PISUA DAUKATEN HAURRENTZAKO PROGRAMA, ELKARRIZKETA MOTIBAZIONALA ERABILIZ. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi, L. Leizaola Olarreaga, B. Agirre Sorondo, M.J. Caballero Barrigón, G. García Conde, C. Solorzano Sanchez, A. Totoricaguena Imaz, B. Carvajal.** *Pasaia San Pedro O.Z., Amara O.Z., Intxaurrondo O.Z. (Gipuzkoa)*

Sarrera: Lehen mailako arretan, gehiegizko pisua daukaten haurrei zuzenduriko interbentzioen eraginkortasuna negatiboa da orokorrean. Lehen mailako arretan elkarriketa motibazionala baliabide eraginkorra izan daitekearazo horri aurre egiteko.

Helburuak: Lan honen helburua elkarriketa motibazionalan oinarritutako interbentzio-programaren eraginkortasuna baloratzea da. Alde batetik elikadura osasungarria eta ariketa fisikoa eragiteko eta, bestetik, Gorputz Masa Indizearen (GMI) eta gerri/altuera indizearen beharakada eragiteko.

Metodoak: Haurrak 5,5 eta 7,5 urte bitartekoak dira, guztiak gehiegizko pisuarekin. Haur horiek lehen mailako osasun-zentro desberdinetatik hartuak izan dira, pediatriako 5 kontsultetatik. Programa honetan parte hartzen duten pediatria eta erizainek hasiera batean hilean 3 jarduera egiten dituzte hurrekin eta beren gurasoekin, gerora 3 jarduera 3 hilabetero, jarduera guztiak elkarriketa motibazionalan oinarrituak egonik. Hasieratik 3 hilabetera lehenengo ebaluzioa egiten da eta urtebete pasatutakoan beste bat. Emaitzak baloratzeko tresna hauek erabiltzen dira: elikadurari buruzko KIDMED galdeketa, ariketa fisikoari buruzko Krece-Plus galdeketa. Horiez gain, GMI eta gerri/altuera erlazioa interbentzioaren aurretik eta ondoren neurtzen dira. Interesgarriak diren baloreak hasieratik 3 hilabetera eta 3 hilabeteetik 12 hilabetera konparatzen dira. Konparazio hauek Mc Nemar testaren bitartez egiten dira aldagai kategorikoetan, edo T-test Student-en proben bitartez jarraituetan.

Emaitzak: 67 haurrek hartu dute parte (horietatik 6k lehenengo 3 hilabeteetan utzi zuten eta beste 8k hurrengo 9 hilabeteetan). Programa 53 haurrek bukatzen dute (% 80). % 57 mutilak eta % 43 neskek ziren. Hasieratik jarraipenaren bukaera arte elikadura osasungarria (Kidmed>8 puntu)% 43tik % 69ra igo zen. Era berean ariketa fisikoa (krece-plus>6) % 52tik % 72ra igotzen da. Azkenik GMI indizeaketa gerri/altuera erlazioak ere garapen ona izan dute: z-score GMI +2,27(hasieran), 1,85 (3 hilabete pasatu ondoren) eta +1,45 (urteko kontrolean). Lehenengo 3 hilabeteetan hobekuntza

1. TAULA

I. azpitaldea: Helduen forma klasikoa (55%)

- Helduengan agertzen da eta orokortua da
- Burutik hasi eta oinetara hedatzen den azaleko erupzioa. Esku eta oinazpiko hiperkeratosia
- Berezko erregresiorako joera 2-3 urtetan

II. azpitaldea: Helduen forma atipikoa

- Orokortua
- Esku eta oinazpiko hiperkeratosi lodi eta ezkatatua dermatitis iktiosiforme orokortua beheko gorputzadarretan nabariagoa
- Eboluzio kronikoa eta berezko erregresiorako joera eskasa

IV. azpitaldea: Gazteen forma mugatua (25%)

- Pubertaro inguruko gazteengan ematen da eta orokortua da
- Ukondo eta belauetako eritema eta hipekeratosi folikularra. Esku eta oinazpiko hiperkeratosia
- Eboluzio ezezagunekoa, arintze eta berrerrortzeak

III. azpitaldea. Gazteen forma klasikoa

- 5-10 urteren inguruan agertzen da eta orokortua da
- Helduen forma klasikoare nantzekoa baina gazteengan
- 2 edo 3 urteren ondoren berezko erregresiorako joera

V. azpitaldea: gazteen forma atipikoa (5%)

- Bizitzaren lehen urteetan ematen da eta orokortua da Famili kasu gehienak daude hemen sartuak
- Helduen forma atipikoaren antzekoa. Hiperkeratosi folikularra eta dermatitis iktiosiforme orokortua
- Kronikoa

VI azpitaldea: GIBarekin erlazioantua

- Hedadura handiko plaka eritemato folikularrak espikula keratotiko eta plaka inflamatorioekin

esanguratsua ikusten da eta hobekuntza hori mantendu egiten da urtebete ondoren.

Ondorioak: Elkarriketa motibazionalan oinarritutako interbentzioak aldaketak lortu ditu elikaduran eta ariketa fisikoan. Parametro antropometrikoek dagokienez, berriz, hasieratik 3 hilabetera GMI indizearen eta gerri/altuera erlazioaren jaitsiera gertatzen da, eta ondoren mantendu egiten da urtera arte.

PITIRIASIS RUBRA PILARIS. **J. Vicarregui Olabarrieta, MJ. Azcarate Llorca, J. Fernandez Rodriguez, N. Aramburu Bardesi, E. Baquedano Echanojauregui, A. Ibarrola Vidaurre.** *Basauri-Arizko Osasun Zentroa.*

Kasu klinikoa:

14 urteko mutila hamabost eguneko bilakaera duten esku eta oinazpian, eskugain, oinbular eta baita ukondo eta belauenean lesio eritemato-ezkatatzuak, hiperkeratosikoak aurkezten dituen.

Azkenaldian ez du aurrekari infekziosorik ezta eguzki esposizio edo traumatismo aurrekaririk izan. Familia aurrekariaren artean ez da inolako azal gaixotasunik aurkitu.

Hasiera baten kortikoide topikoan oinarritutako tratamendua frogatu zen inolako erantzunik gabe. Dermatología zerbitzura bidali eta aurkeztutako lesioak ikusita Pitiriasis Rubra Pilaris diagnostikoa egin zitzaion.

Pitiriasis rubra pilaris (PRP) dermatosi papuloezkatatza inflamatorio arraroa da, oso prebalentzia urrikoa umeengan. Epidermopoiesi bizkorra sortzen duen keratinizazioaren asaldura da non A bitaminaren metabolismoaren akatsek, infekzioek eta faktore genetikoek parte hartzen duten.

Inzidentzia eta prebalentzia ez dira zehazki ezagunak baina badirudi 3.500-5.000 pazienteko kasu berri bat ematen dela. Era berean eragiten du gizon zein emakumeengan eta bi inzidentzia tontor ditu: 1. go eta 5. hamarkadak

Sei azpitalde klinikotan sailkatzen da hasteko adina, lesioen morfología eta banaketa, gaixotasunaren eboluzioa eta GIB infekzioarekin duen harremana kontuan izanda. I azpitaldea PRP azpitalde ohikoena da eta hurrengan III eta IV azpitaldeak dira arruntenak (1. taula)

Diagnostikoa ezaugarri kliniko eta histopatologikoetan oinarritzen da. Diagnostiko diferentziala egin beharra dago

psoriasis, T zelulen azaleko linfoma, keratosis pilaris eta iktiosiarekin

Gaixotasun mugatua bada, tratamendu topikoa nahikoa izan daiteke (potentzia ertain edo handiko kortikoide topikoak, keratolitikoak...). Gaixotasun hedatua bada aldiz, tratamendu sistemikoa gomendatzen da. Erretinoideak dira lehenengo aukera (isotretinoina edo azitretina). Bigarren lerroko beste batzuk metotrexatoa, agente biologikoak (etanercept, infliximab edo adalimumab), fototerapia eta inmunosupresoreak izan daitezke.

Gure mutikoari ez zitzaion diagnostiko histopatologikorik egin lesioak gaixotasunaren oso bereizgarriak zirelako eta ez zuen inolako tratamendurik jaso erremisio fasean omen zegoelako. Azaleko etengabeko hidratazioa gomendatu zitzaion eta Dermatologia zerbitzuak bere jarraipena egingo du.

Gaixotasunaren inzidentzia hain eskasa izanik eta lesioak zein bereizgarriak diren kontuan izanda, hauek ikusita bakarrik diagnostikoa egin dezakegula, buruan izateko kasua da Pitiriasis Rubra Pilaris.

D BITAMINA GABEZIAK ERAGINDAKO ERRAKITISMOA.
L. Castaños, M. Garmendia, J. Vicarregui, A. Saitua, J. Montiano, C. Salado. *Arabazo Unibertsitate Ospitalea-Txagorritxu.*

Garatutako herrialdeetan, errakitismoa ahaztuta dagoen gaixotasun den arren, azken urteotan, etorkinen kopurua handitu dela eta, gero eta ohikoagoa bihurtzen ari da.

Aldebiko "coxa vara" zuen eta ospitaleratua izan zen hamabost hilabeteko haur baten kasua aurkeztuko dugu.

Gasteizen jaiotako neska zen, gurasoak Marokotik etorriak ziren arren. Bere aurrekari pertsonalak honako hauek ziren: Ongi kontrolaturiko haurdunaldia, arazorik gabeko erditze baginala, apgar 9/10, garapen psikomotore eta pondoestatural normala, txertoak egunean eta alergia ezagunik ez. Sei hilabeterekin hasi zen elikadura osagarria hartzen baina esne eta gainontzeko esnekiak gutxi jaten zituen eta D bitaminaren administrazioa desegokia zen. 15 hilabete-arte amagandiko edoskitzea izan zuen. Alergologiago kontsultetan esnearen proteinei intolerantzia zielako jarraipena egin zioten arren, azken 3 hilabeteetan behi esnea arazorik gabe onartu zuen.

Ospitaleratzean azterketa fisikoa egin zitzaion eta normala izan zen, aldebiko coxavara deigarria izan ezik.

Proba osagarrien artean, odol analisi bat egin zitzaion: Kaltzio maila normala 9.3 mg/dl, Fosforo maila normala 5.6 mg/dl, Fosfatasa alkalinoaren maila altua 622 U/L, PTH altua 68 pg/ml, 25 hidroxilbitamina D baxua, < 9 ng/ml, 1.25 bitamina D altua 85 pg/ml, Sideremia

baxua 13 mcg/dl, Transferrina altua 368 mg/dl, CTEFFE altua 515 mcg/dl eta Ferritina baxua 3 mcg/ml. Gernu analisisa: Kaltzio/kreatinina baxua 0.06 eta Fosforo/kreatinina maila normala 1.77.

Bestetik, azterketa behe gorputz adarren eta eskumuturren erradiografia batekin osatu zen, non femoral metafisi proximal eta distalaren zabaltzea, tibia metafisi eta radio metafisi distalaren zabaltzea eta kopa itxurako metafisiak eta fisiaren azalera irregularra antzeman ziren.

D bitamina gabeziak eragindako errakitismoaren ohiko datu kliniko eta erradiologikoen aurrean, D bitamina eta kaltzio tratamendua jarri zitzaion. Bestalde, burdin gabeziak eragindako anemia zuenez, burdinarekin tratamendua ere jarri zitzaion.

Pazienteak eboluzio kliniko ona izan zuen; odol-analisisen emaitzak hobetu ziren eta bialdeko "coxa vara" zuzendu zitzaion.

D bitamina gabezia sortarazi ditzaketen arrisku faktoreak asko dira, non ingurumen eta gizarte-kultur ezaugarriak diren ohikoenak; baita, eguzki izpien intzidentzia baxua duten tokietan bizitzea edota dieta orekatu bat ez jarraitzea. Horregatik, elikadura orekatu bat jarraitzea eta D Bitamina ondo ematearen garrantzia azpimarratu behar dira, bereziki errakitismoa jasateko arriskua duten umeen artean.