

23. OEE Osasun Biltzarra  
eta 7. Pediatria Topaketak.  
Haurtzarotik Gaztarora.  
Iruñan, 2013ko maiatzaren  
10 eta 11an.

23 Congreso de la OEE y  
7ª Reunión Pediátrica. De  
la infancia a la juventud.  
Pamplona, 10 y 11 de mayo  
de 2013

EHLMEko Pediatria topaketak bultzaden dugun taldeak pasa den ekainean ontzat eman genuen OEEk Nafarroan burutuko dituen Jardunaldiekin bat egitea gure 2013ko Topaketak. Urte honetako Gaia: "Haurtzarotik Gaztarora" (haur eta gazte/nerabeen osasunaren inguruan) izango da. Biltzarra maiatzaren 10ean eta 11an izan da Iruñako Erizaintza Falkultatean.

Maiatzaren 10ean, mahi ingururen gaia: "Zer du nire seme/alabak?" izanda. Andere Egireunek "Pubertatea: normaltasuna eta aldaerak" aurkeztu du. Esocia Arroabarrenak "Tratamendu berriak elikagaien alergian", eta Eider Astobizak "Tratu txarrak haurtzaroan".

Maiatzaren 11an, mahi ingururen gaia: "Konponbide bila..." izan da. Yordana Acedok "Larrialdiak: Intoxikazioak adinez adin. Tratamendua" aurkeztu du. Ibai Otegik "Egutegi Kirurgikoa jaioberritik nerabezarora arte" eta Koldo Martinezek "Adingabearen autonomia osasunean."

#### AHOZKO KOMINIKAZIOAK

HAURTZAINDEGIRA JOATEAK GAIXOTZEKO JOERAN ETA OSASUN GASTUAN DUEN ERAGINA, EAEKO LEHEN MAILAKO ATENTZIOKO 6 KONSULTETAN.  
**M.J. Sarrionandia Uribelarrea, P. Gorrotxategi Gorrotxategi, I. Aseginolaza Iparragirre, M.J. Reguillón Miguel, R. Saracho Arbaiza, A. Di Michele Russo, M. Oses Perez.** *Abadiño, Pasaia, Zumaiia, Astigarraga, Laudio, Dunboa-Irun eta Ermuako Lehen Mailako Atentzioko pediatriak.*

**Sarrera:** Gaur egungo gizarte-eredua dela eta, gero eta gehiago dira haurrak zaintzeko haurtzaindegia aukeratzen duten familiak, gero eta adin txikiagorekin. Haurtzaindegia dira adin honetan infekzioak agertzeko arrisku-faktore nagusienetakoa.

**Helburuak:** Haurtzaindegira joateak morbiditatearekin eta osasun gastuarekin duen zerikusia ezagutzea. Gurasoen hezkuntza-maila eta lan-egoerak haurtzaindegiaren erabilera goiztiarrarekin izan dezakeen zerikusia ezagutzea.

**Metodoak:** EAEko pediatriako 6 konsultetan, jaiotzatik hasi eta 24 hilaberarte

jarraitutako ume- kohorte batekin egindako azterketa longitudinal eta prospektiboa da. Aldagai independentea haurtzaindegira joatea ala ez joatea zelarik, azterketa egiteko haurrak 3 taldetan banatu ziren: haurtzaindegira 0-6 hilabete bitartean hasi zirenak, 7-24 hilebete bitartean hasi zirenak eta 24 hilabeterekin haurtzaindegian hasi gabe zeudenak. Menpeko aldagaiak 6,12,18 eta 24 hilabeterekin izan zituzten infekzio transmitigarrien kopurua eta kontsulta eta ospitaleratze kopurua. Datu soziodemografikoak ere batu dira.

Banaketa Normala denean aldagai jarraitua desbiderapen estandardun batuz besteko moduan aurkezten da, eta ez denean balio zentrala eta hein interkuartiliko (Q1,Q3) moduan. Aldagai jarraituen Mann-Whitney frogarekin egin dira taldeen arteko konparaketak eta aldagai kategorikoentzako khi-karratua edo Fisher froga zehatzarekin. Estadistikoki esanguratzua  $p < 0.05$  onartu da.

**Emaitzak:** Ikerketan 169 haur parte hartu dute, bi prematuroak (29 aste baino gutxiago) zirelako baztertu ondoren.

Laginareneko %23,6 haur, 6 hilabete bete aurretik hasi zen haurtzaindegian, %23,1 7 eta 24 hilabete artean eta %53,3 bi urte egin aurretik ez zen hasi.

Gurasoen ezaugarri soziolaboralak aztertu ondoren amaren ikasketa-maila handiagoak ( $p < 0.032$ ) eta etxetik kanpo lan egiteak ( $p < 0.005$ ) haurtzaindegira arinago joatearekin lotuta dagoela ikusi da. Aitaren ezaugarriak aztertzean ezin da ondorio bera atera.

Haurtzaindegira 24 hilabete baino arinago hasi direnak joan ez direnakin alderatuta morbiditate orokorra gehiago ( $p < 0,005$ ) ospitalean ingreso kopuru gehiago ( $p < 0,013$ ) eta lehen mailako arretan kontsulta kopuru gehiago ( $p = 0,022$ ) somatzen da. Sei hilabete baino lehen hasi direnak eta 7 eta 24 hilabete bitartean hasi direnen artean ez da alde esanguratsurik somatu.

**Ondorioak:** Aztertutako adin tarte honetan haurtzaindegira joateak morbiditatea eta bai ospitale eta bai lehen mailako arretako osasun errekurtsioak gehitzen ditu.

Haurtzaindegiara goiz joatea ama lanera itzultzearekin oso harreman estua duenez,

familiei haurrak zaintzeko beste modu edo aukerak eskeini beharko litzaieke.

GANGLIOETAKO TUBERKULOSIA PEDIATRIAN. 2 KASURI BURUZ. **J. Vicarregui Olabarrieta, J.I. Montiano Jorge, C. Salado Marín, A. Tato Eguren, M. Garmendia Elizalde, C.G. Mayor Guerra, Ainhoa Zabaleta Rueda.** *Txagorritxu ospitalea.*

**Sarrera:** Adenopatiak pediatrian ohiko kontsulta izaten dira, eta kasu batzuetan ospitaleratzea behar izaten dute. Etiologia era askotakoa izaten da eta normalean onbera, kausa ohikoena infekzioa izanik. Aurreko lepoaldean kokatutako adenopatiek etiología desberdina izan dezakete, horien artean: buru eta lepoko infekzioak, tuberkulosia eta mikobakteria atipikoak, zitomegalobirusa, toxoplasmosia, mononukleosi infekzioa eta Kawasaki gaixotasuna. Gehienek ez dute froga osagarririk behar, alarma zeinuk agertu ezean: masa gogorrak, sakoneko planoet atxikiak, 3 zentimetro baino gehiagoko diametroa dutenak eta hazkunde azkarrekoak, adenopatia orokorrak eta klinika konstituzionala (pisu galera, aste bete baino gehiagoko sukarra, gaueko izerditzea); tratamenduaren lehen urratsa amoxicilina-klabulanikoa izaten da.

**Helburua:** Honen inguruan, ospitalean ikusitako 2 kasu aurkeztu nahi ditugu. Bi haurrak bertako dira, BCG txertoa jarria zuten, ez zuten aurrekari garrantzitsurik, ez zuten animaliekin kontakturik eta ez zuten bidaiarik egin azken hilabeteetan. Ez batak eta ez besteak, ez zuten sintoma sistemikorik aurkezten.

Lehenengo kasua, 9 hilabetetako haur batena da. Eskuineko lepoaldean, azken hilabeteetan zentimetro bateko adenopatia aurkezten zuen. Ahozko amoxicilina klabulanikoarekin tratatua izan zen inolako hobekuntzarik gabe. Ez zuen bestelako sintoma sistemikorik, ez sukarrak, ez pisu galerarik.

Epstein Barr, *Mycoplasma pneumoniae*, Parbobirus B19, ZMB, GIB, Toxoplasmosia, Bartonella Henselae, BHB, CHB, AHB, Rosa de Bengala y antiestreptolisina O

serologiak negatiboak izan ziren eta toraxeko erradiografia normala.

Ekografian abzikaziorik gabeko adenopatia ikus zitekeen eta Mantoux 17 mm-koa izan zen, beraz, positiboa.

Orratz finarekiko ziztada (OFZ) positiboa izan zen *Mycobacterium Tuberculosis Complex*-arentzako, eta beraz 6 hilabetetako tratamendu antituberkuloso jarri zitzaion isoniazida (H), rifampizina (R) eta pirazinamidarekin (Z) 2 hilabetez eta H + R beste 4 hilabetez, erantzun onarekin. Ikerketa egiterakoan, aitak biriketako tuberkulosia zuela atzeman genuen.

Bigarren kasua 30 hilabeteko haurrarena da. Azken hilabeteetan eskuin azpimasailezurrean adenopatia bat aurkezten zuen. Azken 24 ordutan inflamatu egin zitzaion eta beraz, kontsultatzea erabaki zuten gurasoek.

Epstein Barr, *Mycoplasma pneumoniae*, Parbobirus B19, ZMB, GIB, Toxoplasmosia, Bartonella Henselae, BHB, CHB, AHB, Rosa de Bengala y antiestreptolisina O serologiak negatiboak izan ziren eta toraxeko erradiografia normala.

Ekografian eskuineko masailezur azpiko adenoflema ikusi zen, baskularizazio ugariarekin eta nekrosia iradokitzen zuen gune anekoikoaz.

Haseran benabarneko amoxicilina-klabulanikoaz tratatu genuen. Hobekuntzarik ez zegoela ikusterakoan, tuberkulosia diagnostikatzeko probak egitea erabaki zen. Mantoux kasu honetan ere positiboa izan zen (10 mm).

Orratz finarekiko ziztada (OFZ) bidez egindako auramina testa negatiboa izan zen eta kultiboan ez zen *Mycobacterium Tuberculosis Complex*-a hazi. Anatomia patologikoan granuloma epitelioiden nekrotizatzaileak ikusi ziren eta hortaz, ikerketa osatzea erabaki zen, tuberkulosi interferoia positiboa izanik.

Kasu honetan ez genuen kontakturik aurkitu.

**Konklusioa:** Tuberkulosiaren eragile nagusia gizakiengan *Mycobacterium tuberculosis complex* edo Koch-en baziloa da. Munduan, urtero 9 milioi tuberkulosi kasu berri ematen direla estimatzen da (%90a garapen bidean dauden herrialdeetan) eta hauen %11 umeengan. Tuberkulosia, eragile infekziosoek

sortutako bigarren hilkortasunaren kausa da, HIESaren ondoren. Espainian tuberkulosiak eragindako hilkortasuna ia baliogabea da duela hainbat hamarkadatik hona. Haur tuberkulosia pazibazilarra da, bazilo gutxi kanporatzen ditu, hau da, ez du eraginik komunitateko infekzioaren transmisioan. Haur tuberkulosia komunitatean emandako transmisio berriaren eredu da eta nagusiengan ematen diren tuberkulosi baziliferoaren kasu kopuruarekin erlazionatuta dago.

Ganglioetako tuberkulosia birika kanpoko tuberkulosi forma ohikoena da haurrengan. Ez da ohikoa gure inguruko umeengan ikustea, tuberkulosia endemikoa den herrialdeetatik datozen inmigranteengan ikusten dugu maizago. Presentazioa unilaterala izaten da eta ez du normalean sintoma sistemikorik azaltzen. Prozesu tumoral, autoinmune eta veste kausa infekziosoekin diagnostiko diferentziala egitea beharrezkoa da. Mantoux positiboa izaten da eta toraxeko erradiografia negatiboa %70ean

#### 1.TAULA. TUBERKULIN FROGAREN (MANTOUX) INTERPRETAZIOA UMEENGAN.

- 1) Positibotzat hartzen da  $\geq 5$  mm indurazioa:
  - Tuberkulosi kasuaren edo susmagarri denarekin kontaktu estua duten haurrak.
  - Tuberkulosi gaixotasun kliniko edo radiologikoaren susmoa duten haurrak.
  - Inmunogutxituak edo GIB infekzioa dutenak.
  - Aurretik negatiboa zen tuberkulin frogaren konbertsioa.
- 2) Positibotzat hartzen da  $\geq 10$  mm indurazioa:
  - Beste edozein kasu: haur etorkina, bidaiaria eta haur osasuntsuak barne, BCG txertoa jarria izan hala ez.

Orokorrean OFZ bidez diagnostikatzen da eta ondo erantzuten dio 2 hilabeteko isoniazida, rifampizina, pirazinamida eta beste 4 hilabetez isoniazida eta rifampizina tratamenduari. Erauzketa kirurgikoa ez da beharrezkoa izaten gehienetan.

Motelki bada ere, urtero tuberkulosiaz gaixotzen diren pertsonen kopurua gutxituz doa, beraz, Osasunaren Munduko Erakundeak duen helburua betetzeko bidean dago: 2015. urterako gaixotasun honen hedapena geldiaraztea.

ARIKETA FISIKOAK ERAGINDAKO ELIKAGAIAGATIKO ANAFILAXIA. **M. Garmendia Elizalde, L. Aguirre Pascasio, E. Tato Eguren, C. Gemma Mayor Guerra, M. Del Hoyo Moracho, J. Vicarregui Olabarrieta, A. Zabaleta Rueda.** *Txagorritxu Ospitalea.*

Ariketa fisikoak eragindako elikagaiagatiko anafilaxia lehen mailako hipersentsibilitate erreakzioa da, IgE -ak bideratua. Hau, kirol fisikoa egin aurretiko orduetan edo kirol fisikoa amaitu eta gutxira, sensibilizazioa eragiten duen elikagaia jatean gertatzen da.

Horri dagokionez, haur alergologiako kontsultan ikusitako paziente baten kasua aurkeztuko dugu.

Dermatitis atopikoa zuen 8 urteko mutil bat iritsi zen larrialdietako zerbitzura, ariketa fisiko bizia egiten ari zela, betazaleto edema, urtikaria, tripako mina eta okadekin hasi zela esanez. Aurretik ez zuen horrelako sintomarik eduki. Gertaera honek anafilaxi kasu baten aurrean geundela pentsarazi zigun (1. Taula)

#### 1. TAULA: ANAFILAXI DIAGNOSTIKOA BURUTZEKO BETE BEHARREKO IRIZPIDE KLINIKOAK:

Anafilaxi baten aurrean egon gaitezke ondorengo baldintzeratiko bat betetzen bada:

1. Azal edo mukosetako sintoma arinak (betazaleto, espainetako edo ubulako edema, urtikaria, azkurea..) gehi hurrengo bat:
  - a. Arnasa hartzeko zailtasuna
  - b. Hipotentsioa
2. Hurrengo bi organu aparatuen konpromezua, edo gehiago:
  - a. Azal mukosetako sintomak
  - b. Arnasa hartzeko zailtasuna
  - c. Hipotentsioa
  - d. Liseri aparatuko sintomak
3. Hipotentsioa: TA sistolikoaren % 30-eko jaitsiera.

Behin kasua bideratu ondoren, alergia eragin zuen kausa aurkitzen saiatu ginen. Umeak kirola egin aurretik patata tortila eta sagarra (azalarekin) jan zituela esan zuen. Hau dela eta, fruitu errozeoei alergia ziola susmatu genuen.

#### 2. TAULA: ELIKAGAI ERROZAZEOEN TALDEA:

Sagarra	Marrubia
Udarea	Albortxikoa
Almendra	Irasagarra
Melokotoia	Masusta
Arana	Mugurdia
Gerezia	

Azaleko eta odoleko probak egin zitzaizkion. Azaleko probak (PRICK eta PRICK+PRICK), emaitza negatiboa eman zuten; aldiz, odoleko probek fruitu errozeoen aurrean positibo. (3. Taula).

#### 3. TAULA: ODOL PROBEN EMAITZAK (BALIO NORMALAK (0-0.35 KUA/L):

Gerezia	9.03 KUA/l
Arana	4.81 KUA/l
Marrubia	1.43 KUA/l
Sagarra	9.73 KUA/l
Udarea	4.05 KUA/l
Almendra	1.14 KUA/l
Intxaurra	2.78 KUA/l
rPru p3	3.20 KUA/l
Melokotoia	20.30 KUA/l
Poa pratensis-aren lore hautsa	0.29 KUA/l
Urkiaren lore-hautsa	0.03 KUA/l
Dactylis glomerata-ren lore hautsa	0.33 KUA/l
Lolium perenne-aren lore hautsa	0.37 KUA/l

Lortutako emaitzen ondoren, probokazio probak egin zitzaizkion; intxaur, almendra, sagar, gerezi, aran, marrubi, udarea eta melokotoiarekin. Elikagai hauek ongi onartu zituen.

Lehen gertakizunetik hilabete gutxi batzuetara, medikuaren aholkuak gutxietsiz, gereziak jan eta kirola egin zuen, anafilaxia jasanez (betazaleto edema, urtikaria, tripako mina eta okadak). Larrialdietako zerbitzuan adrenalina eta kortikoide sistemikoekin tratatua izan zen.

Ariketa fisikoak eragindako elikagaiagatiko anafilaxia kasu gehienak paziente gazteen artean ematen dira, nerabazarotik 40 urterarte. Gehienak, esporadikoak izaten dira; hala ere, familiarreko kasuak agertu izan dira.

Kausa ohikoak elikagaiak dira, gehienbat fruitu eta barazkiak. Hala ere, edozein elikagai eragin dezake alergia. Sarrienak begetaletatik datozen elikagaiak dira, (batez ere garia), fruitu lehorrak eta fruitu naturalak. Animalia jatorria duten elikagaien artean,

itsaskiak dira alergia gehien sortzen dutenak. Kasu gutxi batzuetan arraultzak, behi-esnea eta molusko zefalopodoak.

Sintomak kirol ekintzaren edozein unetan ager daitezke. Hasieran ager litezkeen sintomak gorputz tenperaturaren igoera, azkura, urtikaria eta itolarria dira. Pazientek kirolarekin jarraituz gero angioedema, botalarria, tripako mina eta beherakoa, laringeko edema, bronkioen uzkuradura eta hipotentsioa jasan ditzake.

Lehen sintomak agertzearekin batera kirola egitea utziz gero, hobekuntza berehalakoa izaten da kasu gehienetan. Sintomak lehenago agertzea errazten duten faktoreak ondorengoak dira. (4. Taula)

#### 4. TAULA:

- AINE-ak
- Alkohola duten edariak
- Pre-menstruazio epea
- Temperatura extremoak
- Lore-hautsari alergia izanik,
- lore-hautsarekin kontatua edukitzea

Patogenesis ez dago definitua, baina uste da kirol ekintza burutzean gorputz fisiologia eraldatzen dela, elikagai espezifikoetara tolerantzia galduaz une horretan.

Diagnostikoa klinikoa izaten da. Bere ezaugarri nagusietako bat anafilaxia kirola egiten den bitartean edo hortik gutxira azaltzen dela da, beti ere, aurretik edo gerora alergia sortzen duen elikagaia jaten bada. Bestetik elikagaiaren IgE espezifikoak emaitza positiboa eman behar du (0.35-100 KUA/L). Azkenik, alergia sortzen duen elikagaiak kontsumitzeak ez du anafilaxia eragingo kirol egiten ez bada; aldiz, kirola egitean ez da sintomatologia agertuko baldin eta elikagai hauek ez badira kontsumitu.

Larrialdietako zerbitzuan, anafilaxia diagnostikoa osatzeko, triptasa serikoa erabiltzen da.

Alergologiako kontsultan, azaleko eta odoleko probak dira erabilgarrienak alergenoei zein den ezagutzeko.

Diagnostiko diferentziala, batez ere, urtikaria kolinerjiko, mastozitosis eta kirolak eragindako bronkioen uzkurarekin egin behar da.

Azal-mukosetako sintomen aurrean lehen mailako antihistaminikoak (Hidroxicina eta Dexclorfeniramina) eta kortikoide sistemikoak (Hidrocortisona o metilprednisolona) erabiltzen dira. Kortikoaideak sintomen beragerpena eragozten dute.

Anafilaxia sintomen aurrean Adrenalina (0.15-0.3 mg IM o 0.01 ml/kg (max. 0.3mg), da erabiltzen den botika.

Laburbilduz, paziente hauek ariketa fisikoa egin aurretiko edo egin ondorengo 4-6 orduetan, ez lukete alergia sortzen dieten elikagairik jan beharko. Kirola egin ezean, ez dute sintoma alergikorik izaten, eta beraz, elikagai hauek ez genituzke beren dietatik kendu beharko.

Lehen sintomekin batera kirola egitea uzten bada, orokorrean, hobekuntza berehalakoa izaten da. Oso garrantzitsua da pazienteari ondo azaltzea jarduera fisikoa uztea lehen sintomekin eta nola injektatu nork bere buruari adrenalina

GEHIEGIZKO PISUA DAUKATEN HAURRENTZAKO PROGRAMA ELKARRIZKETA MOTIBAZIONALA ERABILIZ. ATARIKO EMAITZAK. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi, L. Leizaola Olarreaga, C. Solorzano Sánchez, B. Aguirre Sorondo, G. García Conde, M.J. Caballero Barrigón, A. Totoricaguena Imaz.** *Pasaia San Pedro OZ (Pasaia), Amara berri OZ (Donostia), Intxaurren OZ (Donostia),*

**Sarrera.** Haur obesitatea arazo handia da eta askotan zaila izaten da konpontzea.

**Helburuak:** Elkarrizketa motibazionalan oinarritutako interbentzio programaren eraginkortasuna balioztatzea da helburua. Lehen mailako arretan, gehiegizko pisua daukaten haurrengan elikadura osasuntsua, ariketa fisikoa eta Gorputz Masa Indizea (GMI)-aren beherakada bultzatzea da.

**Metodoak:** Lehen maila arretako pediatriako 5 kontsultetatik gehiegizko pisua daukaten 6 eta 12 urte bitarteko haurrak hartzen dira. Programak urte beteko iraupena dauka eta hemen 3 hilabeteren jarraipenaren bukaeran egindako bitarteko kontrolaren atariko emaitzak

aurkezten ditugu. Hasieran eta kontrolaren momentuan, KIDMED elikadurari buruzko eta Krece-Plus ariketa fisikoari buruzko galdeketa egiten dira. Interbentzioaren aurretik eta ondoren GMI-a eta gerri/luzera erlazioa konparatu da. Satisfazio galdeketa ere egin da.

Hasierako eta bukaeraren arteko konparazioak Mc Nemar test-aren bitartez egiten dira aldagai kategorikoetan edo T-test Student-en prueben bitartez jarraituetan. Azkeneko aldagai hauek normaltasunaren eskakisunak gainditzen ez badituzte, test ez parametrikokoak erabiliko ditugu. GMI-aren aldaketak aurretik eta ondoren eta aldagai dikotomikoak (BAI/EZ kategoriek) erregresio logistikoaren bitartez.

**Emaitzak:** 72 haurrek parte hartu dute. (9 kanpoan geratu dira, 6k jarraipen eskasa izan dute, aztertutako haurrak: 53). %57 mutilak eta %43 neskek ziren.

Erdiak baino gutxiagok dieta ezin hobea daukate ( $\geq 8$  Kidmed Test-a) hasieran, handik 3 hilabetetara %28k hobekuntza lortzen du ( $p=0,0001$ ). %45ek orduz kanpo jan egiten du eta %47k platerkadak errepikatzen ditu. Bi jarrera hauek neurri esanguratsuan gutxitzen dira. Azkar jaten duten haurrak ere gutxitzen doaz baina ez dato esanguratsurik estatistikaren ikuspuntutik.

Ariketa fisiko egokia egiten duten haur kopurua (Krecepplus $>6$ ) -hasieratik kontrola egiten den momentura arte ( $p=0,0012$ )- handitu egiten da.

GMI-a gutxitu egiten da kontroleko momentuan (0,3 jaitsi da (%95 IC:0,2-0,5)  $p=0,0004$ ). Gerri/luzera  $>0,5$  (%21 jaitsi da ( $p=0,0004$ )). %94k beste familia batzuei gomendatuko lieke interbentzio hau. Bai gurasoen eta bai haurren satisfazioa 7-10 puntu bitartean ageri da.

**Ondorioak:** Atariko emaitzak, elkarrizketa motibazionala haurren jokaerak aldatzeko baliagarria izan daitekeela adierazten du (bai elikadura jarrerak bai ariketa fisikoarekin zer ikusia daukaten jarrerak aldatzeko). Horrekin, bide batez, IMC-aren eta gerri/luzera erlazioaren beherakadak lortu da. Programarekiko satisfazioa oso handia da.

ESKU-OIN-AHO GAIXOTASUNA ETA ONIKOMADESIA 2012. URTEAN GERNIKA-LUMOKO PEDIATRIA KONSULTATAN. **M.J. Correa, A. Larrakoetxea, X. Txakartegi.** *Gernika-Lumo Osasun Zentroa.*

**Sarrera:** Esku-oin-aho gaixotasuna (EOAG) enterobirus sorturiko gaixotasun exantematikoa da. Coxakie A16 da eragile nagusia, baina beste enterobirus batzuek era sor dezakete.

Orofaringe besikulak agertzen dira eta esku, oin eta ipusmasailetan lesio makulopapularrak, besikulak edo pustulak ager daitezke sarritan sukar arinarekin batera. Onikomadesia atzazal matrizearen inflamazio eta min gabeko askatze akutua da eta Chicagon deskribatu zen lehenengoz 2000 uretan.

EOAGa ez da larria izaten, baina enterobirus 71agatik denean nerbio-sistema zentralaren kaltea, miokardiopatia, shock-a eta heriotza sor daitezke.

**Helburuak:** 2012 urtean Gernika-lumon izandako EOAGaren ezaugarriak berrikustea eta onikomadesi-kasuak deskribatzea dira helburuak.

**Metodoak:** 2012 urtean adin pediatrikoan Osabiden AEAG moduan sailkatutako episodioak ikertu dira, gaixotasuna pasa ondoren familiei telefono-deialdia egin eta lortutako datuak SPSS 15.0 sistemarekin aztertuz.

**Emaitzak:** Gernika-lumon 2012an EOAGa pairatutako 86 umeren datuak lortu dira. Gaixotasun hau 4tik 88 hilabete bitartekoa umeengan eman da, batez bestekoa 20,65 hilabetekoa izanik, %58 mutilak dira, %70 haurtzaindegira joaten da eta %90 iraila eta urria bitartean gertatu dira.

Erdiak ez du sukarrak izan eta eduki dutenen artean %65ak 38,5°C-tik beherakoa izan du 3 egun baino gutxiagotan. %94ak esku, oin eta ahoan izan dituzte lesioak eta %37ak onikomadesia izan dute EOAGtik 1-4 hilabetera, %59 bigarren hilabetean izanik. Onikomadesien batez bestekoa 3,9 izan da eta bi umeri atzazal guztiak erori zaizkie.

Gaixoen familiengan 20 kasu egon dira eta erdia helduentzat izan dira

Ez da onikomadesi eta sukarraren intensitatearen arteko erlaziorik aurkitu, bai ordea haren eta sukarraren iraupenarekin.



**Ondorioak:**

1. EOAGa arina izan ohi da gure inguruan
2. Adin guztietan gerta daiteke
3. Gaixotasun arin baten gainean telefonoz burutako ikerketa retrospectiboak hutsuneak ditu, aldagai batzuk zehazteko orduan.
4. EOAGan onikomadesia sarri ematen da eta azpidiagnostikatua dago berandu gertatzen delako eta familiak garrantzirik ematen ez diolako.

KATUAREN HARRAMAZTAK SORUTAKO GAIXOTASUNA ETA PARINAUD-EN SINDROMEAREN LEHEN MAILAKO PEDIATRIAKO KONSULTAN. **X. Txakartegi, A. Larrakoetxea, M.J. Correa.** *Gernika-Lumo Osasun Zentroa.*

**Sarrera:** 1983. Urtean jakin zen Katuaren Harramazkagatiko Gaixotasunaren (KHG) eragilea *Bartonella henselae* bazilo gram negatiboa zela. Katuaren artropodo bat da bektorea, eta katuaren harramazkaren edo listuaren bidez transmititu ohi da. *Bartonella henselae* bakterioak sorturiko gaixotasunaren inzidentzia ezezaguna da (harramazka, adenopatia eta sukarra). Parinaud-en Sindromea (PS) infekzio guztien %5 da. Begitik gertatzen da inokulazioa, eta granuloma bat sortzen du konjuntiban, sintoma gabnea sarritan, eta, geroago, adenopatia bat (belarri aurrekoa bereziki). Adin guztietan gerta daiteke KHG eta PS. Ez dago froga berezirik haiek diagnostikatzeko, eta irizpide epidemiologiko, kliniko, laborategiko, histiologiko eta bakteriologikoak behar dira.

**Helburuak.** 2012. Urtean izandako 2 PS probable, eta, oro har, bartonelosiak gure kontsultatan sortutako gaixotasunen berrikuspena dira lan honen helburuak.

**Metodoa.** Lan honetan, 2001etik 2012ra Osabidean adin pediatrikoan KHG era adenopatia moduan kodetutako gertakariak dira ikergai.

**Emaitzak.** Hiru neska-mutil daude KHGaren diagnostikoarekin, eta adenopatia bezala kodetutako besta halako 3 aurkitzen ditugu. Guztira, 2012ko 2 PSekin 8. Kontsulta adenopatiagatik izan da, eta ez dago beste sintomarik (ume baten kasuan sukarra ere bai). Bostak goi-aurrealdeko adenopatia zerbikala izan dute, batek besapekoa, batek uztondokoa eta belarri aurrekoa azkenak. Hiru azken hauetan bakarrik izan da hasieran Bartolenosiaren susmoa, aurrekari zuzena baitzuten, eta beste bostetako bitan, gutxienez, ez da gerorako ere aurekaririk aurkitu. Zortziek daukate *Bartonella henselae* IgMaren positibotasuna, eta serologia negatiboa dute beste eragileentzat. Zortziak osatu dira tratamendurik gabe.

**Ondorioak:**

1. Seguruena beste kode batekin diagnostikatutako hainbat KHG eta PS daude, eta, beraz, haien azpi-diagnostikoa gertatzen da.
2. Sarbidea ez da askotan ikusten.
3. Diagnostikoa ez da beti guztiz argia, irizpide baten bat falta delako.
4. *Bartonella henselae* kontrako tratamendua gaixoaren egoera inmunitarioari eta zeinu klinikoei dagokie.
5. Espekto klasikoak bilakaera onbera izan ohi du, eta gure kasuetan hala gertatu da.

NERABEENTZAKO TXERTOAK GURE DATUETAN. **N. San Miguel Bengoa, A. Bengoa Gorosabel, E. Altube Arabiurrutia, P. Telleria Viana, E. Goicoechea Manso, A. Plazaola Cortazar, I. Urgoitia Uribe.** *Bergarako Osasun Zentroa.*

**Sarrera.** Euskal Autonomia Erkidegoak (EAE) 1979. urtean jaso zituen Osasun Publikoaren transferentziak. Hasieratik, txertaketa-programa bat sortzea eta haurren txertaketa-egutegi bat finkatzea izan dira haren lehentasunak. 1986an Haurren Txertaketarako Aholku Batzordea sortu zen eta lehen Txertaketa Egutegia onartu zen 1993-94 ikasturtean B Hepatitisaren aurkako txertoa, Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako (DBH) 1. Ikasturtean hasi zen jartzen. Azkeneko urteotan bi aldaketa egon dira: Alde batetik, 2007. urtetik, neskei umetoki- lepoako minbiziaren kontrako txertoa jartzen zaie. Eta, bestetik, 2013. urtetik, 13 urteko neska-mutilek hartzen duten B hepatitisaren aurkako txertoaren amaiera.

Osasun Publikoaren helburuen artean txertaketa-estaldura bermatzea. Gaur egunera arte, Euskadin txertaketa-estaldurak oso maila altuan eutsi zaio, ia beti % 90etik gora. Bestealde, gizatean txertoekin eta bereziki, txerto berriekin zalantzak sotu dira. Azkeneko urteotan komunikabideetan txertoen aurkako mugimenduak agerian gelditu dira eta, era berean, gure kontsultan txertoei buruzko galderak gehitu egin dira.

**Helburuak.** Bergarako Osasun Zentroko, azkeneko hamaika urteetako, estaldura ezagutzea eta aztertzea.

**Metodoak.** Azkeneko hamaika urteetako Eskola-Osasun programaren Osasun Sailera bidaltzen diren datuak. Gure gazteak hiru herritan bizi dira: Antzuolan, Bergaran eta Elgetan. Hiru ikastetxetan ikasten dute: Ipintza Institutuan, Marairen Lagundiako Ikastolan eta Aranzadi Ikastolan. Kurtso bakoitzean batez beste 150 gazte dira.

**Emaitzak** (1. Taula, 2. Taula, 1. Irudi, 3. Taula)

**1. TAULA. B HEPATITISAREN TXERTOAK**

Ikasturtea	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13
Neska-mutil	135	116	148	139	141	136	158	178	150	156	18
Aurretik txertatuta	8	4	11	19	9	15	7	13	5	13	0
Ezeko	3	2	1	4	4	1	1	4	4	7	0
Estaldura%	98	98	99	97	97	99	99	98	97	96	100

## 2. TAULA. PAPIOLAMA BIRUSAREN TXERTOIA

Ikasurtea	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13
Neska	66	65	92	70	67	87
Aurretik txertatuta	0	0	1	0	1	0
Ezezko	2	2	8	2	5	6
Estaladura	96	96.9	91	97	92.5	93

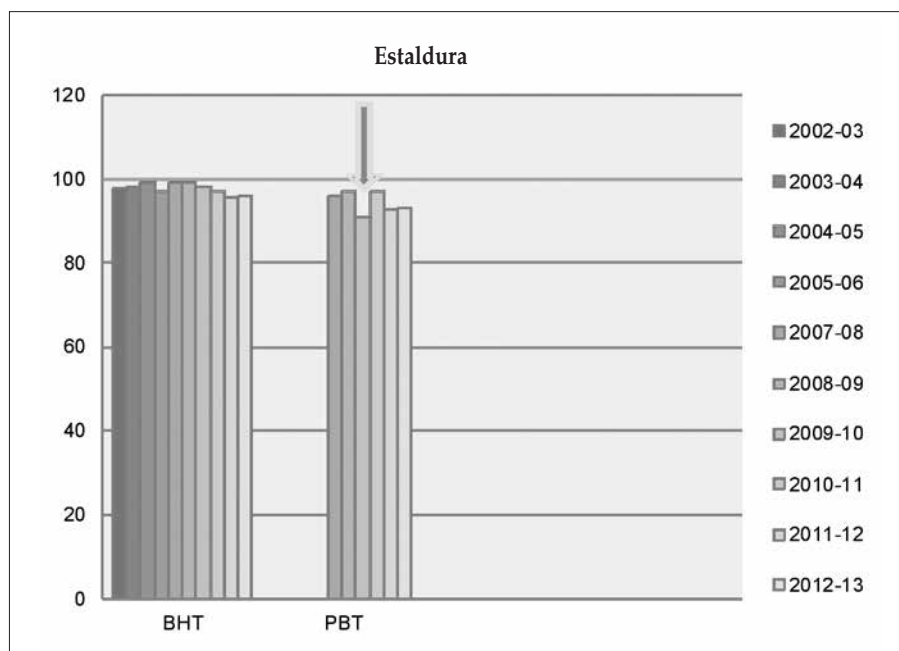
## 3. TAULA

## GIPUZKOAKO B HEPATITISAREN ESTALDURA

Ikasurtea	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09	09-10	10-11
	96,4	96,5	95,4	95,6	96,5	95,4	95,6	93,6	92,7

## GIPUZKOAKO PAPILOMA BIRUSAREN ESTALDURA

	91.4	93.6	86.4	87.6
--	------	------	------	------



Irudi 1.

**Ondorioak.** B hepatitis txertoaren estaldura altua da eta horrela eutsi zaio azkeneko hamaika urteetan. Umetoki-lepoko minbiziaren txertoaren estaldura B hepatitis txertoaren estaldura baino baxuagoa da, baina %90tik ez du atzera egin.

Eta bukatzeko, gure estaldura Gipuzkoaren estalduraren antzerakoa da.

## POSTERRAK

POLAND-SINDROME-A. **E. Gonzalo Alonso, N. Salmon Rodríguez, N. Rodríguez Leniz, M. Navarro de Prado, J.M. Arguinzoniz Marzana, M.J. Azcarate Lorca, A. Rodríguez Cerezo, F. Salmon Antón.** *Arrigorriaga-Ugao Osasun Zentroa.*

Gure Osasun Zentruko Poland Síndrome osatugabea duen 6 urte eta 5 hilabeteko neska baten kasua aurkezten dugu.

Poland Síndromea gaixotasun kongenito bat da, non muskulu pektoralaren galera partzial edo osoagatik bereizten da, eta bularreko glandula homolateralaren aplasiari, sindaktiliari, besaurre hipoplasiari, saihets lesioei, biriketako hipoplasia homolateralari eta dextrokardiari lotuta dagoen.

25.000 jaiotzatik 1ek baino ez du agertzen, eta izaera unilaterala du, hortik gaixotasunaren bitxitasuna. Gaixotasun kongenitoa da baina ez hereditarioa, ofizialki jatorri ezezaguna duen arren, arteria subklabiak daraman odol enbrionarioaren etenarekin duela zerikusia dio teoria etiologiko printzipalak.

Historia klinikoa: neskatoa, jatorri familiar eta pektoral normalak. Asma alergikoa.

Explorazioa: eskuin muskulatura pektoral eza, bular glandula eza, areola eta pezo hipoplasikoak, ildo Deltopektoral homolateralaren alterazioa, eskuin hemitoraxeko zuntz bigunen jeitsiera. Goi adar simetrikoak. Torax Rx: eskuin birikaren bolumen jeitsiera, bihotzaren desplazamendua eskuin hemitoraxera.

Gaixotasun honek osasun fíisiko eta mentalari eragin diezaiokeela aurreikusi daiteke, batez ere haurtzaroan eta nerabezaroan dauden emakumeetan, izan ere emozionalki oso garai korapilatsua da.

Laguntza psikologikoa eta berreraikitze kururgia plastiko beharrezkoak dituen tratamendu plan bat dago aurreikusita.

Goi adar eta saihestetako afektaziorik egon ez arren, jakitun gara, berreraikitze kirurgia bular glandula sanoan egin behar dela, kontuan izanda berreraikuntza simetrikoa lortzeko gainditu behar diren zailtasunak, umeak ahalik eta nerabetasun normalena izan dezan.

HORTZ ERUPZIOAREN BILAKAERA ETA BERE PATOLOGIAK. **A. Vila Urizar, N. Gonzalez.**

**Sarrera:** Hortzen erupzioak bilakaera zehatz bat jarraitzen du, eta denbora horretan zehar gaitz eta anomalía deberdinak aurki ditzakegu.

Behin behineko hortz edo dezidualen erupzioaren bilakaera 6 hilabete eta 24 hilabete bitartean ematen da eta behin betiko hortz hortzen bilakaera 6 urte eta 21 urter bitartean. Denbor horretan zehar kopuru, itxura, kolore, tamaina edo forma alterazioak eman daitezke eta arrazoi deberdinengaitik (higiene txarra edo gabezia, likadura arazoak...) sor daitezkeen patologia desberdinak ikus ditzakegu.

Arazo hauek goiz diagnostikatzea garrantzitsua da, infekzioak (lokalak edo sistemikoak), disoklusio arazoak eta hortzen galerak ekiditeko.

Gainea, kontuan izan behar da hortzak gure aurpegiko egitura estetiko oso garrantzitsuak direla, eta izan ditzaketan arazoek ,hauerren autoestiman eta notasanaren egituraketan eragina izan dezakete.

**Helburua:** Helburua, modu eskematiko eta grafikoan bilakaera hau eta patologia desberdinak azaltzea dira, ideia orokor bat edukitzeko kontusultetan horrelako kezkak azaltzen zaizkigunean, eta bide batez, informazio zehatzago bat emateko baliabidea gisa erabiltzea.

**Metodoak:** Bibliografia desberdina aztertu da patologia garrantzitsuena modu eskematiko eta argian azaltzea.

**Emaitzak:** Patologia desberdinak aztertu dira modu grafikoan: Zenbaki anormaltasunak: Hipodonzia, oligodonzia, hiperdonzia. Tamaina anomaliak: Makrodonzia, mikrodonzia. Kolore anomaliak: Tintzioak. Forma anomaliak: Dens in dente, hortz konoideak, esmlate perlak, bikiketa (gemelación), fusioa, sustrai alterazioak. Estruktura anomaliak: esmlatea, dentina edo zemenduakoak. Erupzio/ sortze anomaliak, ektopia, erretentzioa, ankilosia, kistea.

EZPAIN-ALBEOLO-AHOSABAIKO ARRAILDURA DUTEN HAURREN ZAINKETA. **A. Vila Urizar, N. González Temprano.** *Nafarroako Ospitalegunea.*

**Sarrera.** Ezpain-albeolo-ahosabai arraildura patologia konplexua da, eta aurpegiko hezurren garapen desegokiaren ondorioz sortzen den aurpegiko malformazioa da. Jakin behar dugu patologia honek ebakuntza kirurgiko asko beharko dituela, espezialista desberdinek ikusiko dutela eta tratamendu desberdinak ezarriko zaizkiola. Baina tratamenduek arrakasta izan dezaten, etxean (eta lehen arreta osasun-zentroetan) egin zaizkion eguneroko zainketak ezinbestekoa dira. Garrantzitsua da gurasoak zainketetan

inplikatzera, haurrak eguneroko bizitza normaltasunez bizi dezan.

**Helburuak.** Zainketako jarraibide batzuk eman nahi ditugu, patologia uler dezaten eta haurra hobeto zain dezaten, kirurgiaren emaitzak ahalik eta hoberenak izan daitezten.

Honetaz gain, ezjakintasunak sortzen duen antsietatea desagerrarazi nahi dugu, haurrarekin ahalik eta tratu normalena izateko, haur gaixo guzteiekin gertatzen den bezala, gainbabesteko joera izaten baitugu.

**Metodoak.** Hainbat bibliografia aztertuz jarraibide errazak grafikoki antolatu dira.

**Emaitzak.** Ezpain-albeolo-ahosabai arraildura duten haurren eguneroko zainketarako jarraibide simple eta argiak azaldu dira: tetina bereziak jaten emateko, burua igota duela elikatu, arrailduraren zainketa...

**Ondorioak.** Patologia hau pairatzen duten haurrek arazo desberdinak dituzte. Alde batetik, nahiz eta arazorik ez izan, hurrupatze-arazoak izan ditzakete sudur-aho komunikazioaren ondorioz. Belarrietako infekzioak izaten dituzte, hortzen erupzio-arazoak eta hitz egiteko arazoak era izaten dituzte. Azkenik arraildura hau estigma estetiko handia da haurrentzat eta alor psikologikoan ere eragina du, haurren izaera-marka baitezake.