

Reunión científica Vitoria Octubre, 2008

BRONQUIOLITIS EN NEONATOS PRETÉRMINO DE 29 A 32 SEMANAS SIN DISPLASIA BRONCOPULMONAR. **A. Rodríguez Serna, C. Castro Laiz, I. Pocheville Guruceta, M^a P. Figuero Echevarria, A. Valls i Soler.** *Hospital de Cruces, Baracaldo.*

"Distinguida con el premio a la mejor comunicación de la Reunión"

Introducción. El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infección del tracto respiratorio inferior en menores de 2 años. No existe un tratamiento etiológico específico. La prevención se fundamenta en medidas higiénicas, aunque también puede realizarse inmunoprofilaxis pasiva con un anticuerpo monoclonal (Palivizumab®). Los neonatos pretérmino tienen especial riesgo de padecer cuadros de gravedad que precisen el ingreso hospitalario.

Objetivo. Conocer la incidencia de infección por VRS en niños nacidos a las 29-32 semanas de gestación sin displasia broncopulmonar (DBP), dados de alta de la Unidad Neonatal desde enero de 1999 hasta junio de 2007, a los que no se trató con Palivizumab® de acuerdo a la guía clínica de nuestro Hospital, así como analizar las consecuencias clínicas y económicas de este protocolo de actuación.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de la cohorte de niños pretérmino de 29-32 sem. de gestación sin DBP, que han precisado ingreso en nuestro hospital debido a una bronquiolitis por VRS.

Resultados. En este periodo de tiempo nacieron 355 neonatos pretérmino de 29-32 sem, de ellos 319 no tuvieron DBP y fueron dados de alta. 12 de 319 pacientes (3,8%) ingresaron en nuestro Hospital por bronquiolitis por VRS, pero ninguno de ellos fue de gravedad. La inmunoprofilaxis pasiva a los 319 niños hubiera tenido un coste aproximado de 1,200.000 €. En el escenario más favorable en que la inmunoprofilaxis hubiera prevenido todos los casos de bron-

quiolitis VRS+, se hubieran evitado 12 ingresos, a un coste aprox. de 100.000 € por ingreso prevenido.

Conclusiones. Según estos datos, se deberían tratar 27 niños para evitar 1 ingreso por bronquiolitis VRS+, a un coste de 95.000 €, suponiendo que el Palivizumab® previniera todos los casos de bronquiolitis. En nuestro centro, la profilaxis de la infección por VRS en neonatos pretérmino de 29-32 sem. sin DBP no parece tener un claro coste-beneficio. Nuestras recomendaciones en estos casos son medidas higiénicas, insistiendo en el lavado de manos y evitar entornos contagiosos.

EXCEPCIONAL CAUSA DE METRORRAGIA EN LACTANTE: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UN CASO. **A. Zabaleta Rueda*, L. Jiménez García*, I. Díez López*, J. Montiano Jorge*, I. Ocio Ocio*, A. Rodríguez Estevez*, M.A. Azpeitia** J. Torres**, JL Blanco Bruned**.**

**Servicio de Pediatría Hospital Txagorritxu.*

***Servicio de Cirugía Hospital de Cruces.*

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 4 meses que consulta por sangrados vaginales espontáneos de repetición en el último mes. Primer episodio a los tres meses de vida, posteriormente, repite en 4 ocasiones, con mayor frecuencia en la última semana.

A la exploración presenta palidez mucocutánea, abdomen blando, no distendido y escasa ganancia ponderal ($p < 3$). Resto de la exploración normal. Analítica sanguínea con anemia severa (hematocrito 21%, hemoglobina 7,6%), que precisa transfusión de concentrado de hematíes. Estudio de coagulación normal.

Pruebas de imagen (ecografía abdominal y ginecológica, TAC y serie ósea) en las que se observan gran cantidad de líquido libre en pelvis menor e hipogastrio y un folículo ovárico de 7 mm con útero y ovarios de tamaño

infantil. Ante sospecha de posible tumoración ovárica, se piden marcadores tumorales y hormonales (FSH: 6,8 UI/L, LH<0,1 UI/L, E2: 5,2 pg/L, PRL: 16,4, β -HCG <0,6 UI/L, α -FP: 96,9 UI/ml [VN<8], Ca 12,5 679,2 UI/ml [VN<35] Ca 19,9 14,5 UI/ml [VN<27]).

Se decide su traslado al hospital de referencia para cirugía.

En la intervención se encuentra importante hemoperitoneo y mínimo quiste lúteo en ovario izquierdo. El omento mayor presenta aspecto angiomatoso y sangrado activo, por lo que se practica omentectomía. Se realiza estudio gammagráfico posterior, que descarta nuevo sangrado abdominal activo. La paciente presenta un curso evolutivo favorable sin nuevos sangrados vaginales y normalización del Ca12.5.

Discusión. Presentamos este caso clínico por la excepcionalidad de los hallazgos. No se encontró justificación endocrinológica ni tumoral del sangrado vaginal. Se plantea la duda del drenaje del hemoperitoneo por los anexos uterinos, ya que en la literatura hay descritos casos de meconio vaginal tras peritonitis.

Asimismo, la presencia de hemangiomas aislados en epiplón son excepcionales, pero en asociación con otros lugares de aparición, pueden expresarse con sangrado crónico.

¿HA AUMENTADO LA INCIDENCIA DE NEUMONÍAS COMPLICADAS EN NUESTRO MEDIO? N. Aramburu Arriaga, S. Rosell Mardaras, A. Gondra Sangroniz, N. Ortiz Lana, J. Montero Gato, I. Uriaguerra Odriozola, M.A. Villar Álvarez, J. Elorz Lambarri. *Centro de Salud de la Merced y Sección de Neumología, Servicio de Pediatría Hospital de Basurto.*

Antecedentes y objetivos. En los últimos años se está describiendo en muchos países un aumento en la incidencia de neumonías complicadas en el niño. Este au-

mento se debe en algunos países a la circulación espontánea de serotipos de neumococo más agresivos como el 1 y el 3 (Escocia) y a cambios en los serotipos inducidos por la vacunación generalizada de neumococo, que ha dado lugar a un predominio de serotipos más agresivos como en EEUU, donde con una cobertura de vacunación del 90% han aumentado las neumonías complicadas e infecciones generalizadas por neumococo 1, 3 y 19 A, siendo este último responsable de la mayoría de las neumonías necrotizantes y exhibiendo altas tasas de resistencia a los beta-lactámicos. En España con tasas de vacunación del 15-45% se refieren los mismos cambios. Nuestro objetivo es comprobar si estos cambios se están produciendo también en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todas las neumonías ingresadas en nuestro Hospital entre el 1-1-1997 y el 30-09-2007. Se contabilizaron todos los códigos de neumonía, derrame paraneumónico (derrame y empiema) y se revisaron historias de todos los derrames paraneumónicos durante todo ese periodo de tiempo y todas las historias codificadas como neumonía entre el 1-1-2004 y el 21-10-2007. Se definió derrame no complicado a los grados 2-3 de Light y complicados a los grados 4 a 7 de Light. Se calcularon las tasas de incidencia para población expuesta (39.139 niños en área del Hospital de Basurto) y se compararon las tasas entre el primer y segundo quinquenio, que coincide con la introducción de la vacuna conjugada. El análisis estadístico se llevó a cabo con los programas Medcalc y Openepi.

Resultados. Se observó un aumento en los ingresos por neumonía entre uno y otro quinquenio que pasaron de 84,4 ingresos año a 123,4 ingresos/año. Las tasas por población expuesta pasaron de 2,1/100 niños/año a 3,1/100 niños año: CMLE Odds Ratio 1,46, CI 95%(1,11; 1,94), p 0,003. El incremento fue mayor en derrames no com-

plicados y empiemas: neumonía no complicada CMLE Rate Ratio 1,4 (1,23; 1,588) p 0,001, Derrames no complicados CMLE Rate Ratio 2,5 (CI 95% 1,422; 4,445) p<0,001 y Empiemas CMLE Rate Ratio 6 (CI 95% 1,516; 39,51), p 0,003. Estos últimos pasaron de 2 a 12 en el segundo quinquenio. Todos los cultivos positivos lo fueron para neumococo.

Conclusiones. En nuestra área de influenza está aumentando la severidad de las neumonías en la edad pediátrica. Este aumento se traduce en un incremento de morbilidad y costes directos. El responsable es el neumococo. Puede deberse a la circulación espontánea de serotipos más agresivos de neumococo o a cambios inducidos por la vacuna conjugada 7 valente. Es probable un mayor incremento conforme aumenten las tasas de vacunación. El hipotético aumento del 19A puede conllevar un incremento futuro de las resistencias a la penicilina y beta lactámicos, como ya ocurre en EEUU, y ser un importante problema de salud.

EOSINOFILIA EN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO. A. Ayechu Díaz, J. Guibert Valencia. *Unidad de Neonatología Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

Introducción. La eosinofilia en el periodo neonatal no es una alteración inusual estando asociado con mayor frecuencia a la inmadurez, infección, enterocolitis, intolerancia a proteínas de leche de vaca (IPLV) y transfusión de concentrado de hemáties.

Caso clínico. Presentamos a un recién nacido pretérmino de 25 semanas de gestación que, tras sufrir enterocolitis necrotizante con estenosis cicatriciales intervenidas, desarrolla eosinofilia progresiva y grave (hasta un 39%, 5.579 eo/mm³) sin ninguna otra clínica asociada. Se revisaron las posibles causas, descartándose en una primera fase la IPLV (enteritis eosinofílica) por encontrarse con dieta elemental. Se aprecia que la com-

posición proteica del fortificante de lactancia materna que se administraba por el insuficiente aporte de minerales de la leche elemental era a base de hidrolizados de proteínas de leche de vaca con un peso molecular menor de 4.000 daltons (80% menor de 2.400 daltons). Se realiza una prueba de exclusión de este fortificante descendiendo drásticamente la eosinofilia a valores normales. No se realizó biopsia digestiva, no pudiendo localizar el diagnóstico.

Conclusiones. En recién nacidos con susceptibilidad, como son los prematuros con enterocolitis o cirugía abdominal, las proteínas de leche altamente hidrolizadas de los fortificantes para leche materna pueden producir IPLV, manifestándose sólo con eosinofilia.

TRATAMIENTO DEL HIPOSPADIAS. REVISIÓN Y NUEVAS PERSPECTIVAS. **E. Ruiz Aja, J.L. Blanco Bruned, F. Oliver Llinares, N. So-laetxe Prieto.** *Servicio de Cirugía Pediátrica. H. de Cruces. Bizkaia.*

En nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica, hemos intervenido en los últimos 3 años 92 nuevos casos de hipospadias. Analizamos en el presente trabajo los hallazgos anatómicos de esta frecuente malformación genital, tan variable en apariencia y configuración, su correlación con las diferentes técnicas usadas y los resultados obtenidos con cada una de ellas.

Otras malformaciones asociadas a esta patología fueron microcefalia (1), divertículo uretral (1) y testes no descendidos (3). El despistaje ecográfico renal realizado sólo aportó la presencia de ectasia piélica moderada-leve en 4 pacientes, que no precisaron tratamiento quirúrgico en ningún caso.

Clasificamos los hipospadias tratados en glandar (15), del surco balano-prepucial (20), peneano distal (27), peneano proximal (20) e interescrotal (2). En 22 casos se ha

usado tratamiento preoperatorio hormonal con testosterona para facilitar la cirugía. La edad media al tratamiento fue de 34 meses, con un rango entre 7 meses a 13 años.

La elección de la técnica quirúrgica varía en función de la localización del meato primitivo, el grado de incurvación, el tamaño del pene, la forma y calidad de la placa uretral, tamaño del prepucio dorsal y la presencia de inversión peno-escrotal. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron GAP (7), MAGPI (8), TIP (15), Mathieu (34), Onlay (19), Duckett (3), mucosa oral (4) y uretroplastia en 2 tiempos (2).

La tasa total de complicaciones fue del 19,6%, incluyendo dehiscencia de la uretroplastia (1), estenosis (2), fístulas (10), incurvación residual (3) y retracción meatal (2).

Relacionando la tasa de complicaciones con los factores anatómicos anteriormente descritos, vemos que el grado de curvatura peneana previa a la intervención, aumenta las posibilidades de complicación quirúrgica (8,8% frente al 50%). También es importante la localización del meato, pues desde un 0% de complicaciones en los hipospadias glandi aumenta hasta un 30,0% en los peneanos proximales y un 100% en los dos casos tratados de hipospadias interescrotal.

La mayor parte de las complicaciones anteriores han sido bien resueltas mediante una segunda intervención quirúrgica. La estenosis y la incurvación residual son las más temibles, necesitando en ocasiones más de una intervención para su resolución (en la actualidad un paciente de cada categoría está pendiente de tratamiento).

El objetivo final de la cirugía del hipospadias debe ser la obtención de un pene normal, tanto funcional como estéticamente. Por ello, en la actualidad se usan scores objetivos de evaluación de resultados, en los que se valora no sólo la localización final del meato, sino también la forma del mismo, el chorro urinario, la incurvación residual

y la presencia y tipo de fístulas resultante de una determinada técnica quirúrgica.

SÍNDROME DE LEMIERRE POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*. **I. Uriaguereca, J. Elorz, M^aA. Villar, N. Aramburu, S. Rosell, U. Jiménez, I. Anguiano, I. Rajado.** *Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto. Bilbao.*

El síndrome de Lemierre es una entidad clínica poco frecuente en la actualidad caracterizada por una infección orofaríngea aguda, producida generalmente por gérmenes anaerobios, que origina una tromboflebitis de la vena yugular interna, así como embolismos sépticos múltiples que afectan preferentemente al pulmón. El agente etiológico más frecuente es la bacteria anaerobia *Fusobacterium necrophorum*. Existen pocos casos referidos en la literatura debidos a *Staphylococcus aureus*. Aunque su incidencia es escasa en la era antibiótica actual, debe ser conocido por tratarse de una complicación grave que requiere la instauración de un tratamiento específico precoz para una evolución satisfactoria.

Describimos el caso de una niña de 11 años de edad procedente de Ucrania que ingresa en nuestro servicio por presentar cuadro de fiebre elevada de 6 días de evolución (hasta 42°C axilar). En la exploración mostraba regular estado general. Refería dolor costal y en hipocondrio izquierdo con defensa. Presentaba rigidez de cuello y dolor a la palpación y movilidad. La faringe estaba hiperémica con vesículas en pilares anteriores. No se palpaban adenopatías cervicales. La auscultación cardiopulmonar era normal y el abdomen doloroso en ambos hipocondrios (más marcado en el izquierdo) con signos de defensa abdominal.

Entre los exámenes complementarios destacaba una leucocitosis con importante neutrofilia y trombocitosis reactiva. La PCR era de 16 mg/dL.

En la radiografía de tórax se observó aumento de la densidad en lóbulo inferior derecho con cavitación que acabó confirmando en la tomografía axial computerizada en la que se evidenció la presencia de múltiples infiltrados periféricos cavitados en ambos campos pulmonares. A su ingreso se inició tratamiento estándar de la neumonía con ampicilina a dosis elevada. A las 48 horas por persistencia de la fiebre se sustituyó por cefotaxima, claritromicina y vancomicina. Al recibir el hemocultivo positivo a *Staphylococcus aureus* y constatare en la tomografía axial computerizada la presencia de múltiples abscesos pulmonares se sustituyó por cloxacilina y clindamicina ante la sospecha de síndrome de Lemierre. La ecografía Doppler cervical y abdominal (realizada tardíamente) no evidenció signos de trombosis.

Se realizó estudio de coagulación, ya que se constataron flebitis de repetición, que fue normal, salvo una elevada tasa de factor VIII C, ante lo cual se instauró tratamiento profiláctico con heparina de bajo peso molecular. No se detectaron mutaciones del factor V de Leyden y protrombina 20210 A.

La gammagrafía evidenció un discreto refuerzo de la captación en región frontoparietal craneal derecha que se correspondía con un leve adelgazamiento de la cortical parietal derecha en la radiografía de cráneo. La ecocardiografía cardíaca no evidenciaba signos de endocarditis. Se dio el alta hospitalaria a los 19 días, completando tratamiento ambulatorio en su país con amoxicilina-clavulánico durante un mes y medio y heparina de bajo peso molecular durante un mes más. Con posterioridad, ha presentado al regreso a su país un episodio de embolismo cerebral tras finalizar el tratamiento anticoagulante.

Conclusión. En un paciente con amigdalitis, rigidez de cuello y dolor a la palpación, pensar en un síndrome de Lemierre y

realizar ecografía Doppler cervical o tomografía axial computerizada pulmonar (exploración más sensible). Es imprescindible un tratamiento precoz y de espectro adecuado (anaerobios, productores de beta-lactamasa y estafilococo).

¿INFLUYE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL ASMA EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA? **E. Guerra García, A Larracochea Zuluaga, J. Fernández Aracama, C. Vázquez Cordero, M. Santiago Burrutxaga.** Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivos. El asma es la patología respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica, que conlleva en muchos casos a la administración de un tratamiento prolongado. Se ha realizado una revisión sobre la adherencia al tratamiento y el conocimiento del asma en las familias de pacientes pediátricos.

Material. Contabilización del número de dosis de los tres dispositivos de inhalación (Novolizer, Accuhaler y Turbuhaler) utilizados desde la visita previa. Cuestionario validado en lengua española sobre conocimientos del asma para padres o tutores de niños asmáticos. **Método:** estudio descriptivo y prospectivo sobre un total de 51 pacientes diagnosticados de asma, que acudieron a la consulta de neumología infantil desde noviembre de 2007 a febrero de 2008.

Resultados. Se reclutaron 51 pacientes, 33 de ellos varones, con una edad media de $9,6 \pm 2,7$ años. 92% eran atópicos. 57% estaban asintomáticos desde la visita anterior, un 29% presentaba síntomas de asma con criterios de control y un 14%, síntomas de asma. La persona encargada de la supervisión del tratamiento fue la madre en el 51% de los casos. En el 88,2% de los encuestados se observó una adherencia en su tratamiento de base su-

perior al 80%, en el 7,9%, una adherencia entre el 70-80% y en el 3,9%, menor del 70%; siendo la adherencia media de 91,53%. En el estudio comparativo de la adherencia realizado con diferentes parámetros (grado de control de la sintomatología, puntuación obtenida en el cuestionario, nivel de estudios del encuestado y persona supervisora), sólo la variable "persona que supervisó el tratamiento" pareció influir en la adherencia al tratamiento en nuestro estudio. Respecto a la seguridad de los inhaladores, el 48% de los encuestados los consideraron bastantes o muy seguros. El 91% estaba de acuerdo con los efectos negativos del tabaco. El 70,5% consideró la inflamación de las vías áreas la principal causa del asma, y sólo un 35% cree que los cuadros catarrales son uno de los principales desencadenantes de las crisis. El 78,45% estaba de acuerdo con la necesidad de administrar el tratamiento de base, aun en ausencia de síntomas. Un 16,3% consideraron perjudicial el ejercicio.

Conclusiones. La adherencia media encontrada en nuestra serie ha sido alta. La supervisión directa por parte de los padres, principalmente de la madre, influyó en el grado de adherencia al tratamiento de base; por el contrario, ni el nivel académico de los padres ni su conocimiento sobre el asma parecieron influir. Tanto el número de pacientes como el escaso número de malas adherencias limitan el alcance del estudio.

IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA PARA BRONQUIOLITIS FUNDAMENTADA EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. REPERCUSIONES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. **I. Sáez de Ugarte Sobrón, M. Nieto Faza, J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández, M. González Balenciaga, E. Bárcena Fernández.** Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivos. Valorar el efecto de la implantación de una guía de actuación clínica

fundamentada en Medicina Basada en la Evidencia para el manejo de la bronquiolititis antes del inicio de la epidemia de 2007.

Metodología. Análisis comparativo, retrospectivo de dos cohortes de casos diagnosticados de bronquiolititis en nuestra Unidad de Urgencias entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de 2006 y 2007. Se han obtenido los datos a partir de dos fuentes:

- Se han extraído del programa informático de la unidad aquéllos que quedan registrados de forma automática (edad, sexo, tiempo de estancia, estancia en la unidad de observación –UO–, realización de radiografía/ingreso hospitalario, reconsultas).
- Los datos que no se registran automáticamente (score de gravedad, saturación de oxígeno al ingreso, realización de tira reactiva de orina, administración de salbutamol y/o adrenalina y tratamiento domiciliario) fueron obtenidos tras revisar 260 historias de cada cohorte seleccionadas de forma aleatoria.

Resultados. En dicho periodo de los años 2006 y 2007 se diagnosticaron 563 y 570 casos de bronquiolititis, respectivamente. La edad media fue algo menor en 2007 (7,37 vs 6,57 meses) pero la diferencia no fue significativa. Asimismo, en ambas muestras se ha comprobado un nivel de gravedad similar tanto por el score clínico (4,92 vs 4,91) como por la saturación de oxígeno (96,2% vs 96,3%).

A pesar de tratarse de epidemias de características similares se ha comprobado que el tiempo de estancia global disminuyó significativamente en el año 2007: 4,18 vs 3,15 horas ($p < 0,05$) y que la tasa de ingreso en la UO también se redujo del 21% al 14,2% ($p = 0,003$). La estancia media en la UO (13,15 vs 13,56 horas) y la tasa de ingresos en planta (44% vs 51%), sin embargo no variaron significativamente.

Respecto al tratamiento, no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes a los

que se les administró adrenalina nebulizada (13,8% vs 16,2%) ni en el aumento de nebulizaciones (1,28 vs 1,10), pero sí en la indicación y número de dosis de salbutamol (56% vs 35% y 1,74 vs 1,31 respectivamente, $p < 0,001$). Ha habido una disminución de los broncodilatadores indicados al alta domiciliaria: 56,9% vs 32,3% ($p < 0,001$). La prescripción de antibiótico muestra una reducción no significativa (3,8% vs 2,3%).

En lo referente a pruebas complementarias, se ha comprobado una descenso significativo de la realización de radiografías (26,5% vs 17,5%, $p < 0,001$). Se redujo de forma no significativa la realización de tira reactiva de orina (8,4% vs 4%).

Por último, destacar que ni la tasa de reconsultas (18,4% vs 16,6%) ni la de ingresos global muestra diferencias significativas (11,5% vs 12,8%).

Conclusiones. Al comparar dos epidemias de similar gravedad, una buena adherencia a una guía de actuación clínica de bronquiolititis basada en MBE ha mejorado la eficacia del manejo de estos pacientes en Urgencias.

La mejoría se documenta en la disminución del tiempo de estancia; en la menor tasa de ingresos en la unidad de observación; en la reducción tanto del número de pacientes tratados con salbutamol como del número de dosis administradas en la Unidad; en la disminución de broncodilatadores indicados al alta y en la disminución de realización de radiografía de tórax.

VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. NUESTRA EXPERIENCIA. **I. Sáez de Ugarte Sobrón, G. López Santamaría, Y López Fernández, J. Pilar Orive, S. Redondo Blázquez, E. Morteruel Arizkuren, M.T. Hermana Tezanos.** UCIP. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivos. La ventilación no invasiva (VNI) proporciona soporte ventilatorio en el fallo respiratorio agudo, evitando en numerosas ocasiones la necesidad de intubación endotraqueal. El objetivo del presente estudio es dar a conocer la utilización creciente de la VNI en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos desde su introducción como alternativa terapéutica hasta el momento actual.

Material y métodos. Mediante un estudio retrospectivo se revisaron las historias de todos los niños que recibieron ventilación mecánica tanto invasiva como no invasiva entre el periodo de enero del 2004 y septiembre del 2008. Analizamos: edad, tipo de fallo respiratorio, inicio, días de ventilación no invasiva, complicaciones, evolución y fracaso de la técnica.

Resultados. Durante este periodo el número de pacientes que requirieron ventilación mecánica fue, sobre un total de 2.047 ingresos, de 723 (35,3%); 96 (13,4%) de ellos mediante VNI. El porcentaje de pacientes que requirió ventilación invasiva se mantuvo durante este periodo sin grandes cambios: 2004 (30%), 2005 (39%), 2006 (38%), 2007 (33%), 2008 (39%). Sin embargo, se observó un aumento progresivo en el uso de VNI iniciada en 2004 con 3,2% de los pacientes que requirieron soporte respiratorio, 11% en 2005, 12% en 2006, 12% en 2007 y 28% en los 9 primeros meses de 2008. El número de pacientes en los que fracasó la técnica y requirieron intubación fue de 13 (14%).

Conclusiones. Desde la introducción de la VNI en nuestra Unidad no ha disminuido el uso de la ventilación mecánica a través del tubo endotraqueal o traqueostomía. A pesar de ello un número creciente de pacientes se benefician de esta modalidad no invasiva de ventilación, por lo que creemos que debe ser considerada como intervención terapéutica de primera línea.

ABSCESO INTRAABDOMINAL POST-APENDICECTOMÍA: ¿HEMOS MEJORADO ALGO? **F. Villalón Ferrero, E. Rezola Arcelus*, A. Villanueva Mateo, J. Garay Manrique, M. Suñol Amilibia, J. Arana García, I. Eizaguirre Sexmilo.** *Servicios de *Pediatría y Cirugía Pediátrica Hospital Donostia. San Sebastián.*

Antecedentes y objetivos. El absceso intraabdominal (AI) es la complicación grave más frecuente tras la apendicectomía. En los últimos años se han producido avances importantes en el diagnóstico (ecografía, TAC) y tratamiento (nuevos antibióticos) de la apendicitis.

Nuestro objetivo es comprobar si efectivamente, gracias a estas mejoras, ha disminuido la incidencia de AI tras la apendicectomía.

Método. Hemos revisado todas la apendicectomías realizadas en nuestro Servicio durante los últimos 8 años (2001-2008), y

hemos calculado la incidencia global y anual de AI tras dichas intervenciones.

Hemos considerado que la apendicitis era simple cuando la anatomía patológica informaba como apéndice normal, congestivo, flemonoso o gangrenoso, sin aparente contaminación ni líquido purulento intra-abdominal, y apendicitis complicadas cuando existía perforación del apéndice o había líquido purulento intra-abdominal.

Resultados. Se han realizado en total 914 apendicectomías; 239 laparoscópicas (AL) (26,2%) y 675 abiertas (AA) (73,8%). El 43% fueron niñas (387/914) y el 57% niños (527/914). La edad media ha sido de 8,8 años $\pm 3,1$ (1 – 15), y la estancia media hospitalaria ha sido de 5,03 días (4,09 días en AL, y 5,36 días en AA). El 24% de los pacientes presentaba una apendicitis complicada.

Se han encontrado AI en 74 casos (8%), sin que éste porcentaje haya variado significativamente a lo largo de los años.

En apendicitis simples, la incidencia de AI ha sido del 1,5% (10/643), frente al 23,8% (64/628) de las complicadas (riesgo relativo = 15,8).

La incidencia de AI ha resultado del 7,95% en AL (19/239) y del 8,14% en AA (55/675).

Conclusiones:

1. A pesar de la ecografía y los nuevos antibióticos, no hemos logrado disminuir la incidencia de AI, ya que la incidencia de éstos se ha mantenido bastante similar a lo largo de los años analizados.
2. En los niños el diagnóstico precoz de la apendicitis continúa siendo difícil.
3. El que la apendicitis sea complicada aumenta la probabilidad de AI (riesgo relativo = 15,8).
4. La vía de abordaje, laparoscópica o abierta, no afecta a la incidencia global de AI.