

XI. *Pediatrics topaketak* Donostian 2017ko urriaren 19an

XI Reunión Pediátrica. Donostia 19 de octubre de 2017

MAHAI INGURUA: LOAREN GORABEHERAK

1. Bihotz funtzio ikerketa haurren loaldiaren apnea sindromearen. Erika Rezola Dk. (Donostia Ospitaleko pediatria zerbitzuko Kardiologoa).

2. Hanka geldiezinaren sindromea eta loaren beste gorabehera batzuk. Amaia Elosegi Castellanos Dk (Gurutzetako Ospitaleko pediatria zerbitzuko neurologoa).

Sarrera: Lo ezinbestekoa da bizitzarako. Loari lotuta dauden gorabeheren artean hanka geldiezinaren sindromea dago. Azken hau trastorno sensitibo-motorea da, %2-4ko prebalentzia du umeetan eta %5-10ekoa helduetan. Diagnostikoa klinikoa da eta horretarako 5 kriterio bete behar dituzte: hankak mugitzeko beharra sentitzea (hanketan sentsazio ezatseginekin), sintomak geldi daudenean areagotzen dira, mugimenduaz hobetzen dira, arratsalde edo gauean izaten dira eta ezin dira azaldu beste kondukta arazoengatik edo medikamentuengatik. Kontutan izan behar da askotan umeak ez direla gai sintoma hauek azaltzeko, baizik eta kondukta arazoak edo loaren arazoak adiera ziditzakete.

Beste alde batetik, hanka geldiezinaren sindromea eta gorputz-adarren mugimendu periodikoen sindromea sinonimoak ez izan arren, umeetan antzerakoak dira. Gorputz-adarren mugimendu periodikoen sindromea gorputz-adarren bat-bateko astinduak, pseudoerritmikoak eta estereotipatuak dira. Polisomnografia beharrezkoa da diagnostikorako eta 3 kriterio bete behar dituzte: PLMS ≥ 5 /orduko, loaren nahasmendua sortzea edo eguneko jarduerak okertzea, eta beste etiologiak baztertu izana. Hanka geldiezinaren sindromearen fisiopatología multifaktoriala da: kausa genetikoa, burdin falta eta dopaminaren disfunzioa aipatu daitezke. Gaitz honek komorbilitate ugari izan ditzake: arreta falta eta hiperaktibitatea, antsietatea edo depresioa, migraina, giltzurrunetako-arazoak, arazo gastrointestinalak... Tratamendurako neurri-farmakologikoak oinarritzekoak dira (lo nahikoa egitea, ordutegi zehatzak mantentzea...) eta burdin suplementazioa ferritina 50-100 mkg/l bitartean mantentzeko. Gaur egun umeentzako ez dago farmakorik onar-

tuta, soilik kasu larrietan erabili daitezke: gabapentina, benzodiazepinak, klonidina eta dopamina-agonistak.

Kasu klinikoa: 4 urteko neska, interesgabe antezedentekin. Duela urte bat gaueetan hainbat alditan negarrez esnatu egiten da hanketako mina duela adierazten. Gertaerak astean behin izaten dira eta loa ez da indarberritzailea. Explorazio fisikoa normala da eta analitikan ferritina 47 mkg/l koa du, gainontzekoa normala. Polisomnografiak hanka geldiezinaren sindromea adierazten du, beraz neurri-farmakologikoak burdinsuplementazioa adierazten da 3 hilabetez. Kontrolanalitikoan ferritina 82 mkg/l-tara igo da eta sintomak desagertu egindira.

Ondorioak: Hanka geldi ezinen sindromea trastorno sensitibo-motorea da eta diagnostikoa klinikoa da. Kontutan izan behar da askotan umeak ez dutela hanketako sintomarik aipatu baizik eta kondukta arazoak edo loari lotuta dauden sintomak. Beraz, gaitz honetan pentsatu behar dugu diagnostikoa egin ahal izateko, batez ere zenbait komorbilitateetan. Funtsezkoak dira neurri-farmakologiak eta burdin suplementazioa ferritina 50-100 mkg/l artean mantentzeko.

3. Melatoninaren erabilera pediatrian. Ramon Ugarte Dk. Olagibel Osasun Zentroko pediatria.

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

HAURREN LOAREN APNEA-HIPOPNEAREN SINDROMEAREN DIAGNOSTIKOAN ESPERIENZIA ETXeko ARNAS POLIGRAFIAREN BITARTEZ ESKUALDEKO OSPITALEAN. **P. Del Rio Martínez, E. Lizarralde Atristain, A. Maya Urroz, A. Arrospide Elgarresta.** *Mendaroko Ospitalea. Debarreneko ESla Gipuzkoa.*

Sarrera eta helburuak: Haurren Loaren Apnea-Hipopnearen Sindrome (LAHS)-ek populazioaren %4ri eragiten dio, eta gaixotze-tasa altu bati loturik dago. Paziente horien bizi-kalitateari negatiboki eragiten dio. Diagnostikorako goldstandard proba polisomnografia da; hala ere, arnas poligrafia baliozko alternatiba bat da. Gure zentroan etxeko Arnas

Poligrafialehentasunez LAHS-ekiko sentiberak den haur populazioan egiten dugu, eta horrela, patologia honen diagnostikorako azpi-diagnostikoa eta kostuak murrizten ditugu.

Metodoak: 2014ko uztailetik 2016ko abendura arte eskualdeko ospitale batean paziente pediatrikoetan egindako Arnas poligrafien atzera begirako berrazterketa. Aldagarriak aztertzen dira: sexua, adina, sintomatologia, komorbilitatea, GMI, TA, Chervin, IAH, tratamendumediko/ kirurgikoa.

Aldi honetan 141 haur baloratu dira (%51.8 mutilak). 166 Arnas Poligrafia egin dira, eta paziente horietatik lauk ospitalean egin behar izan dute Arnas Poligrafia (%2).

Paziente gehienak lehen mailako arretakoak dira (%66.7) eta 3-6 urte artekoak. Familien %65ek loaren apneak objetibatu dituzte, eta %87k erlazioatutako bestelako sintomak, hala nola postura-aldaketak, lo mugitua, maizko iratzartzeak, izerditze opa-roa, loan arnasteko zailtasuna. Gure pazienteen %20k gainpisua edo obesitatea du, eta %35k errepikapenezko ORL eremuan infekzioak.

Gure eremuan Screening-erako erabilitako test diagnostiko ohikoena Chervin-entest-a (%93) eta Sivan-enScore bideoa (%18) dira, eta oraindik azpi-erabiliak daude GPC 2011ko irizpide diagnostikoak.

Diagnostikoa paziente guztiengan egin zen arnas poligrafiaren bitartez, eta horietatik %13 errepikatu behar izan ziren ez erabakigarriak izateagatik. Proba diagnostiko hori errepikatzearen beharrarekin loturiko faktore bakarra 6 urtetik beherakoa izatea da. Aztertutako pazienteen %28.9 LAHS Moderatu/Larria izan zen, eta kirurgia adenoamigdalarrerako modukoak. %60 zurrungatzaile arruntak izan ziren (SAHS baztertu zen). Pazienteen %25ek medikazioa behar izan zuen (montelukastedo sudurreko kortidoidea) LAHS arinarentzako tratamendurako, erlazioatutako komorbilitatearentzako (errinitis alergikoa gehiengotan) edo Adenoamigdalektomiaren esperoan daudentzako. Aipatutako patologiarentzako hautaketa-tratamendua adenoamigdalektomia da, emaitza onekin, gure seriean gaixotasunaren erreizidibarik gabe.

Gure ohiko praktikaren kostuak, etxeko Arnas Poligrafia, asko aurrezte esan nahi du

proba ospitalean egin beharrik gabe (146 euro etxean eginez gero, eta ospitalean 229 euro; Arabako ESI-n kalkulaturako kostua da hori).

Ondorioak: Arnas Poligrafiaren beharrarekin lotutako faktore iragarle bakarra 6 urtetik beherakoa izatea da. Arnas Poligrafia errepikatzeo beharra murrizten saiatzeko prozedurari buruzko familientzako informazio-orri bat egin da. Etxeko Arnas Poligrafia egiteko gure ohiko praktikak aurrezki nabarmena esan nahi du, eta haurren LAHS-en azpi-diagnostikoaren aurrean egitea posible egiten digu.

DONOSTIALDEA OSI-KO LEHEN MAILAKO ATENTZIOKO KONTSULTETAN ARRETA ESKASIA ETA HIPERAKTIBITATEAREN ASALDURAKO INZIDENTZIA ETA PREBALENTZIAREN BALORAZIOA.

A. Lasa Aranzasti, A. Berridi Etxeberria, L. Riaño Idiaquez, N. Azurmendi Gundin, P. Gorrotxategi Gorrotxategi, J. Artieda Arandia. *Hospital Universitario Donostia, C.S. Pasaia San Pedro eta Osasun Publikoa. Gipuzkoa.*

Sarrera eta helburuak: Arreta galeragatiko asaldura, hiperaktibitatearekin edo gabe (AGHA/TDAH), haurtzaroko alterazio psikiatrikoetan prebalentzia handiena duena da, eta, pazientearengan eragiten dituen ondorio desiragaitzak direla eta, kontsulta kopuru gehien eragiten dituen arrazoiatiko bat da.

Gure autonomia erkidegoan AGHA/TDAH-ariburuz, aurrez eginiko ikerketek, bai osasun teknologien ebaluaketari dagozkionak (Osteba 2010), eta bai medikamenduen preskripzioari dagozkionak ere (INFAC 2013), patologia honen areagotzeaz ohartarazten zuten.

Lehenak, inzidentzia igoera isladatzen zuten (2001. urtetik 2007. urtera hirukoiztuz). Bigarren ikerketak, 2005. urtetik 2012. urtera gertaturiko preskripzio kopuruaren areagotzeaz ohartarazten zuten. 6 eta 13 urte arteko 1000 haurretik, 16-k hartuko zuten metilfenidato edo atomoxetina.

Gaitz honen inzidentzia eta prebalentziara hurbiltzeko asmoz, Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratuko Lehen Mailako Arreta Zentruen kontsultak monitorizatu dira.

Metodoak: 2002-2015 urteen tartean Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratuko

Lehen mailako arreta zentruen TDH/A diagnostikodun lehen kontsultak aukeratu dira (CIE kodeak 314, 314.1, 314.2, 314.8 eta 34.9).

Emaitzak: TDH/diagnostikoa zuten 1.247 kontsuta erregistratu ziren. 0-17 urte bitarteko adin tardearekin. 8urteko Mediana. %73,3 gizonaketa %26,7 berriz, emakumeak. 2012. urtea izan zen kontsulta kopuru gehien izan zituen urtea (206 kontsulta), ondorengo urteetan kontsulta kopurua gutxitu egin zen. 2012-2015 urte bitartean, tasarik altuena 7 urteko eskolaretan izan zen (5,11 x 1000 ume/urteko). Kontsulta totalaren %58a, 6-10 urte bitarteko umeek osatzen dute, kontsulta kopurua gutxitu egiten da adina igotzen doan bitartean. 2015ean 6 eta 14 adin tarteko prebalentzia %2,7 izan zen.

Ondorioak: Gure datuen azterketan, azken urteetan lehen mailako arreta zentruetan TDH/A lehen kontsuluten beherakada egon dela ikusten da. Prebalentzia, argitaratutako beste lanetan baino baxuagoa dela ikusi da.

Ondorio hauek, lehen mailako osasun zentzoetak TDH/A gaindiagnostiko baterako sentsibilitate haundiagoa dagoela pentsarazi diezaguke.

Hala ere, profesional desberdinen artean diagnostikorako zein tratamendurako kriterio argirik ez dagoenez, ikerketa prospektibo bat egin behar litzateke lehen mailako zentruetako pediaterkin, psiquiatra, psikologo eta irakaskuntzako profesional guztien artean gaitz honen eskuartzea erabakitzeo

HERRENTASUNA HAURTZAROAN, ZER DA: PERTHESEN GAIXOTASUNA EDO MEIEREN DISPLASIA?

A. Camara Otegui, P. Gorrotxategi Gorrotxategi, A. Muguruza Oyarzabal, M. Letona Luqui, L. Montes Medina. *Donostiako Unibertsitate Ospitalea eta Pasaia-San Pedroko O. Z. Gipuzkoa.*

Sarrera: Herrentasuna, egunerokotasunean maiz ikusten dugun kontsulta arrazoiatiko bat da, haurtzaroan maiz ematen dena, eta orokorrean zergaiti hutsalen ondoriozkoa da.

Sintoma honen aurrean gaudenean, burutzen dugun diagnostiko bereizlea oso zabala da: kasu arin eta hutsaletatik, diagnostiko konplexu eta ondorio garrantzitsuetakoa.

Jarraian azaltzen dugun kasuan, umearen adin, baldintza kliniko eta erradiologikoen-gatik eta hasierako gammagrafiaren normaltasunarengatik, Meierren displasia izan zen hasierako susmo diagnostikoa.

Kasu Klinikoa: Bi urteko mutikoa. Aurrekari garrantzitsu bezala, hiru aste lehenago herrentasuna aurkeztu zuen. Klinikak aldakako sinobitis iragankorrara iradokitzen bazuen ere, sintomen iraunkortasunaren aurrean femurreko erradiografia bat egin zitzaion, hezur alterazioak baztertzeko helburuarekin. Bertan femurraren buruaren nukleoak itxura zatitua eta desitxuratua zuela ikusi zen, beste aurkikuntza garrantzitsurik gabe.

Klinika eta adina kontuan izanik, ondorengo diagnostiko bereizlea burutu zen: lehen aukera bezala Meierren displasia eta bigarren aukera bezala Perthesen gaixotasuna. Biak bereitzeko gammagrafia bat eskatu zen. Bertan bi aldakek kontrastea era paretsuan jasotzen zutelara ikusi zen, eta erradiografian buru femoralaren osifikazioan atzerapena ikusi zenez, ondorioz, Meierren displasiaren diagnostikoa burutu zelarik.

Sintomak jarraitzen zituenean, gammagrafia errepikatzeke erabakia hartu zen. Bertan eskuineko aldakaren buruak erradiofarmakoaren kaptazioa murriztuta zuela ikusi zen eta ondorioz, Perthesen gaixotasunaren diagnostikoa burutu zen.

Ondorioa: Ume txikietan, bi entitate hauen arteko dignostiko bereizlea egin behar da eta gammagrafiaz hori lortzako laguntzen du.

EUSKERAREN ERABILERA DONOSTIAKO NAZIOARTEKO SENDAGINTZA ZINEMALDIETAN. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi, A. Igarzabal Irizar, R. García Uzquiano, N. Azurmendi Gundin. A. Berridi Etxeberria, M. Unsain Mancisidor.** *Pasaia San Pedro O.Z. eta Donostia Ospitalea. Gipuzkoa.*

Sarrera: Donostiako Nazioarteko Sendagintza Zinemaldia 25 urtetan zehar egin den (1968-1992), jarduera zientifiko-kulturala izan da. Han osasun eta sozial alderdien inguruko gaiak eztabaidatzen ziren. Osasuneko profesional guztientzat zuzendua zegoen, adibidez medikuak, ikasleak edo erizainak, baita gainerako populazioarentzat ere. 30 herrialdek parte hartu zuten, eta 1000 film eta 300 bideo aurkeztu ziren.

Metodoa: Hiriko egunkarien (El Diario Vasco, La Vos de España, Unidad eta Deia), aldizkar profesionalen eta Donostiako Sendagileko zinemaldiko programen berrikus-tea.

Emaitzak: Lehenengo aldiz, eukaraz aurkeztu zen filma 1983an XIV. Jardunaldietan izan zen. "Mundura jai" izenburua zeuka-

na, ASPACEk, Garun-paralisisko Gipuzkoako Elkarteak, aurkeztutako dokumentala. C Kategoriakoaren lehenengo saria lortu zuen Donostiako XIV. Sendagintza Zinemaldian, hau da, Osasun-Heziketaren inguruko filmetan.

Baina euskararen presentzia handiena jardunaldi hauetan, 1987an egindako XVIII. edizioan izan zen. Urte horretan, José Luis García Fernández, Iruñeko doktoreak egindako Heziketa Sexualaren inguruko film zikloa osatzen zuten bost filmak aurkeztu ziren: "Familiplangintzarako zentruak", "Zomorro madarikatuak", "Gure gorputza", "Lehenengo aldiz" eta "Hardunaldia eta erditzea. Eta Epaimailak "Sari Berezia" eman zien, José Luis García "heziketa sexualaren" filmei ere.

Ondorioak: Donostiako nazioarteko sendagintza zinemaldiak heziketa-lana egin zuen mediku, erizain eta ikasleentzat. Teknika berriei buruzko informazioa zabaldu zuen eta osasun-heziketako ziklo interesgarriak egin ziren.

Nahiz eta euskararen erabilera urria izan, esan daiteke, jardunaldi hauek euskararen erabilera zientifikoaren aitzindariak izan zirela, batez ere medikuntzaren arloan.

Gainera, euskeraz aurkeztu ziren filmak gai pediatrikoa zuten, adibidez, burmuin paralisaren aurkako prebentzioa eta nerabeen heziketa sexuala.