

XVII Topaketak 2025

XVII. Topaketak 2025

Aurten **XVII. Pediatria topaketak** ospatuko ditugu. Zehaztasunak hurrengoak dira:

- *Eguna:* Apirilaren 3a
- *Lekua:* Markeskua jauregia, Eibar, Gipuzkoa.

Jardunaldian bi hitzaldi egongo dira, eta ondoren, ahozko komunikazioetarako tarte bat egongo da. Ahozko komunikazioak bidaltzeko epea martxoaren 10rerate da. Xehetasunak web orrian aurkituko dituzue.

Ohiko lege, jardunaldia dohainik izango da. Kredentzialak eta ziurtagiriak egin ahal izateko UEUren web orrian inskripzioa egitea beharrezkoa izango da. Prozedura erraza da. Ekitaldian matrikulatzeko, lehenengo UEUren web orrian erregistroa egin (aurretik egin ez badugu), eta gero, ekitaldian matrikula egin beharko dugu.

HESTE MEHARREKO GAINHAZKUNTZA BAKTERIANOAREN SINDROMEAK (SIBO) MODAN DAGO. KLINIKA ERABILGARRIA AL DA BERE PRESENTZIA IRAGARTZEKO? **A. Mujika Agirre¹, A. Arrondo Esnaola².** ¹Donostiako Unibertsitate Ospitalea. Mailako Pediatriako Egoilarra. ²Donostiako Unibertsitate Ospitalea. Pediatriako gastroenterologia zerbitzua.

Sarrera eta helburuak. Heste meharreko gainhazkuntza bakterianoaren sindromea (HMGB), bere ingelesezko siglengatik ezaguna dena (SIBO, "Small Intestinal Bacterial Overgrowth"), heste meharreko bakterioen kantitate eta konposizioaren aldaketengatik sortzen den entitate bat da. Gehiegizko ugaritze hau mikroorganismo metanogenoengatik denean, hesteetako metanogenoen gainhazkuntza bezala definitzen da (IMO ingelesez, "Intestinal Methanogen Overgrowth").

Ohiko klinika min edo/eta distentsio abdominala eta beherakoa dira. Klinika guztiz inespezifikoa eta oso ohikoa da lehen mailako arretako kontsultako egunerokotasunean.

Azken urteetan gero eta entzunagoa den sindromea izan arren, ebidentzia zientifikoa urria da, eta bere maneian zalantzak sortzen dira. Azken ikerketek garrantzi handia ematen diete arrisku-faktoreen presentziari,

horiek gabeko pazienteetan sintomek balio prediktibo ahula dutela defendatuz. Arrisku faktore horien artean ditugu: hestearen alterazio anatomikoak (hesteetako hanturazko gaixotasuna, heste-motz sindromea, atxikidurak), motilitate arazoak (diabetes mellitusa, hipotiroidismoa, konektibopatiak), immunodefizientziak, hipoklorhidria eta farmako batzuen erabilera (antikolinergikoak, esteroideak, opiazeoak).

Diagnosticorako, glukosa edo laktulosa bidezko hidrogeno arnastuaren testak erabiltzen dira, sentikortasun eta espezifikotasun oso aldakorrek.

Ikerketa honen helburua Donostiako Unibertsitate Ospitaleko hurgastroenterologiako kontsultan egindako laktulosa bidezko hidrogeno arnastuaren testen emaitzak aztertzea da, SIBO diagnostikatuak izan ziren eta ez zirenen sintomatologia deskribatu eta arrisku faktoreen presentzia ikertuz.

Metodoak. Atzera begirako azterketa deskribatzailea, 2021eko ekainetik 2024ko urrira bitartean laktulosa-testa egin zitzaizen pazienteen historia klinikoen berrikuspenaren bidez. Aldagai epidemiologikoak eta klinikoak jaso ziren.

Aldagaiak maiztasun absolutuen eta ehunekoen bidez deskribatu ziren aldagai kualitatiboen kasuan, eta joera zentralako eta sakabanatze-neurriekin kuantitatiboetan.

Emaitzak. 67 test egin ziren, horietatik 10 test baztertu zirelarik teknika gaizki egin izanagatik.

Testa normala izan zen % 45ean. SIBO diagnostikatu zen pazienteen % 22,8an, IMO % 17,54an eta IMO bidezko kolonizazioa (metanogenoen detekzioa, baina gainhazkuntzaren baloreetara iritsi gabe) % 14,03an. Sexuaren arabera banaketa: % 54,4 gizonezkoak eta % 45,6 emakumezkoak. Diagnosticorako batez-besteko adina: 9,45 urte $\pm$ 2,62.

Paziente guztien artean, sintomatologia ohikoena min abdominala izan zen (%91,22), ondoren flatulentziak (% 56,14) eta beherakoa (% 50,88). Ondorengo taulan ikus ditzakegu sintomak diagnostiko-taldearen arabera banatuta (I. taula).

I. TAULA

	Test normala (n=26)	SIBO (n=13)	IMO (n=10)	IMO kolonizazioa (n=8)
Min abdominala	24 (%92,3)	12 (%92,3)	9 (%90)	7 (%87,5)
Flatulentiak	13 (%50)	8 (%61,54)	8 (%80)	3 (%37,5)
Beherakoa	10 (%38,46)	7 (%53,84)	6 (%60)	6 (%75)
Distentsio abdominala	10 (%38,46)	2 (%15,38)	3 (%10)	2 (%25)
Korrokadak	7 (%26,92)	1 (%7,69)	1 (%10)	2 (%25)
Idorreria	3 (%12)	0	5 (%50)	2 (%25)
Gorakoak	5 (%19,23)	3 (%23,08)	0	0
Goragalea	1 (%3,85)	1 (%7,69)	2 (%20)	0

Arrisku-faktoreei dagokienez, SIBO diagnostikatutako kasuen %30,76ak (4 paziente) arrisku-faktoreen bat aurkezten zuen. Gainontzeko kasuek ez zuten arrisku faktorerik.

Ondorioak. Min abdominala, beherakoa eta flatulentiak izan ziren sintomarik ohikoenak, bai SIBO diagnostikatu zitzaizen pazienteetan, baita ez zitzaizaien ere, klinikaren eta diagnostikoaren arteko loturarik aurkitu ez dugularik. Arrisku-faktoreei dagokienez, 4 pazienteek aurkeztu zituzten, guztiak SIBO diagnostiko taldekoak.

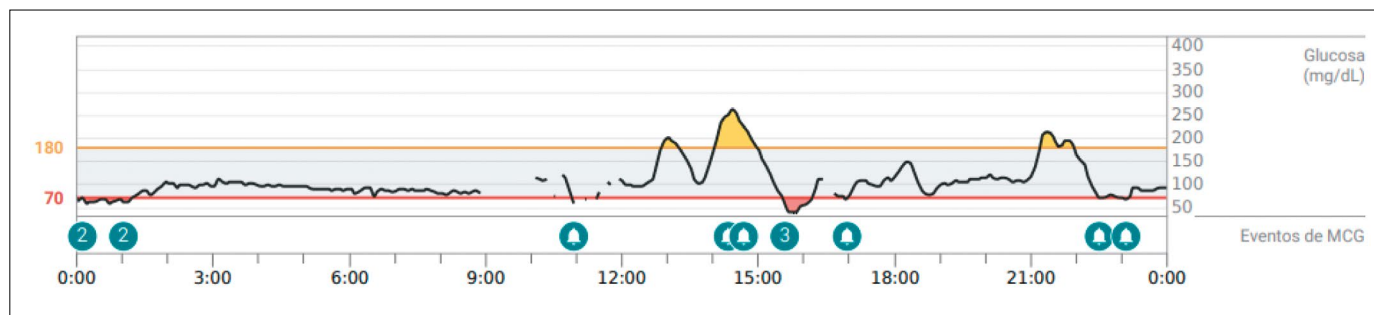
Sintomen eta SIBOren presentziaren arteko korrelazio txikia dela eta, eta azken ebidentziei jarraituz, gomendagarria litzateke testa egiteko aukera klinika bateragarria eta arrisku-faktoreak dituzten pazienteetan soilik planteatzea. Garrantzitsua da lehen mailako arretako pediatrik syndrome hau eta berari loturiko arrisku-faktoreak ezagutzea, noiz susmatu jakiteko.

HIPOGLUZEMIA URDAILEKO KIRURGIAREN ONDOREN? KONTUAN HARTU DEZAGUN DUMPING SINDROMEA. L. Gundin Leiza, M Larrañaga Aranzadi, A. Arrondo Esnaola, L. Vilella San Martin, M. Satrustegi Aritziturri, A. Sarasua Miranda *Pediatriako Zerbitzua. Donostiako Ospitalea.*

Sarrera. Dumping sindromea hipogluzemia hipozetosikoaren kausetako bat da. Urdaileko kirurgia jasan duten pazienteetan gertatzen da, bereziki Nissen funduplikaturaren ondoren. Urdailetik heste meharrera hustuketa azkarregi gertatzen denean sortzen da. Horrek, karbohidratoen xurgapen azkarra eragiten du hipergluzemia eraginez eta ondoren, insulinararen gehiegizko jariatzearen ondorioz hipogluzemia erreaktiboa gertatzen da. Hipogluzemiaren sintomak espezifikoak ez direnez eta konplikazioak larriak izan daitezkeenez, garrantzitsua da entitate hau kontuan hartzea

eta aurrekari kirurgiko horiek dituzten pazienteetan gluzemiaren monitorizazioa egitea.

Kasu klinikoak. 1. kasua: 16 hilabeteko haurra, hurrengo aurrekariekin: 1. motako hestegorriko atresia, 4 hilabeterekin ebakuntza eginda zuzendu zena, eta errefluxu gastroesofagikoa, 11 hilabeterekin urdailaren funduplikatura egitea behar izan zuen. Jan eta ordu batzuk igarota, bat-bateko negar, hipotonia eta zurbiltasuna zirela eta ospitalean kontsultatu zuten eta bertan hipogluzemia hipozetosiko larria dokumentatu zen. Gainera, 24 ordu lehenago beste zentro batean baloratua izan zen sukar gabeko konbultsio batengatik. Hipogluzemia hipozetosikoaren ikerketa egin zen eta emaitzak normalak izan ziren. Glukosa mailen etengabeko monitorizazioa hasi zen. Bertan, otorduen osteko hipergluzemia eta ondorengo hipogluzemia agerian geratu ziren (1. Grafikoa), dumping sindromea diagnostikatuz.



1 Grafikoa. Glukosa mailen neurketa.

2. kasua: 12 hilabeteko haurra, hurrengo aurrekariekin: 10 hilabeterekin Nissen funduplikatura egin zitzaion IV motako hiatoko hernia paraesofagikoaren ondorioz. Jatordutik ordu batzuk igarota, hipotonia eta arnasketa-etenagatik kontsultatu zuen, eta hipogluzemia hipozetosikoa dokumentatu zen. Hipogluzemiaren ikerketa egin ondoren, glukosa mailen neurketa egin zen, otorduaren ondorengo minutuetan hipergluzemiak eta ondorengo hipogluzemiak agertuz. Horrekin, dumping sindromea diagnostikatu zen.

Bi kasuetan, elikadura-jarraibideak ezarri ziren, otorduak maizago eta txikiagoak eginez eta xurgapen azkarreko karbohidratoak baztertuz. Horrez gain, arto-almidoia gehitu zitzaion otorduei, xurgapen moteleko karbohidrato gisa. Horrela, gluzemien kontrol egokia lortu zen.

Ondorioak. Urdaileko kirurgiaren aurrekaria duten pazienteetan hipogluzemia hipozetosikoa agertzen bada, dumping sindromea baztertzea beharrezkoa da. Maneiu nutrizionala funtsezkoa da eta gehienetan nahikoa izaten da gaixotasuna kontrolatzeko. Urdaileko kirurgia izan duten pazienteetan, otordu ondorengo gluzemiaren neurketa baloratu daiteke, batez ere sintomak badituzte.

IKERKETA LEHEN MAILAKO ATENTZIOKO PEDIATRIAN: EZBERDINA, BAINA BEHARREZKOA.
P. Gorrotxategi Gorrotxategi, Ainhoa Zabaleta Rueda. *Pasaia San Pedro Osasun Zentroa.*

Sarrera. Pediatriako ikerketan pentsatzen dugunean, ospitaleetan pentsatzen dugu, ikasketa sofistikatueta, baina lehen mailako arretako pediatrian ikerketak egin daitezke. Horren adibide dira Gipuzkoako Lehen Mailako Arretako Pediatriak, Lehen Mailako Arretako Espainiako Pediatria Elkartearen (LMAPE) Kongresuan lortutako hiru sariak.

Emaitzak. LMAPEn Kongresuan 180 komunikazio aurkeztu ziren. Egoiliarrek aurkeztutakoak Irakaskuntzako lantaldeak aztertzen ditu. Hasierako berrikusketa baten ondoren, 18 aukeratzen dira, eta, bigarren berrikusketa baten ondoren, saridunak aukeratzen dira.

Gipuzkoako Pediatriako profesionalak hiru sari lortu dituzte eta gaiak hurrengoak izan ziren:

- Familia elkartu ondoren, haur etorkinetan sortzen diren arazoak.
- Osasunaren determinatzaile komertzialak.
- Asma-prozesuaren kudeaketa lehen mailako arretan.

Hiru gaiak lehen mailako arretako hiru kezka nagusi adierazten dizkigute: (1) Alderdi sozialak osasunean duen eragina eta haur etorkinen harrera (2) industria farmazeutikoaren eragina gure eguneroko lanean eta (3) asmaren ebaluaketa prozesuak lehen arretako kontsultan: nola egiten dira eta zer dago hobetzeko?

Ondorioak. Lehen mailako arretako pediatriako ikerketa herritarrentzat garrantzitsuak diren osasun-prozesuez eta asistentzia-prozesuak aztertzeaz arduratzen da.

Lehen arretan ikerketa egiteko aukera handia dago. Paziente guztiak pasatzen dira osasun zentroetatik eta honek ikerketan parte hartuko duten pertsonekin kontaktua izatea errazten du. Bestalde, osasun zentroen artean sarea sortzea erraza da, eta honek Parte-hartzaileen kopurua handitzea ahalbidetzen du.

Ikerketa horien guztien helburua osasunaren eta asistentzia-prozesuen alderdi sozialak hobetzea da.

SUDUR BARNEKO GRIPE TXERTOIA 2024KO KANPAINAN. GURE ESPERIENZIA. **A. Zurutuza Bengoa¹, J.M. Sanchez Puentes¹, P. Gomez Cabanillas¹, S. Aramburu Garate².**
¹Zumarragako osasun zentroa. *Lehen mailako arretako pediatria.* ²Zumarragako osasun zentroa. *Lehen mailako arretako erizain pediatrikoa*

Sarrera. Gripea etengabeko mehatxua da eta, nahiz eta haurrek gehienetan sintoma subklinikoak garatu, batzuetan oso larria izan daiteke. Gripearen aurkako neurri profilaktiko nagusia gripearen txertoa da.

Gripearen aurkako txertoaren onarpena baxua da eta hainbat estrategia ezberdin ezarri dira estaldura hobetzen saiatzeko. Horien

artean 2024 denboraldian 24-59 hilabeteko haurrei gripearen aurkako sudur barneko txertoa jartzea erabaki da, ziztada ekidin eta atxikidura handitu nahian.

Helburuak. Ikerketa honen helburua Zumarraga Osasun Zentroko biztaliariaren bizipena gripearen sudur barneko txertoarekiko aztertzea izan da 2024ko kanpainan.

Metodoak. Galdeketa bat egin zaie telefonoz gripearen sudur barneko txertoa jaso duten umeen guraso guztiei.

Emaitzak. 2024ko gripearen txertaketa kanpaina hasi zenean, 472 ume genituen 24-59 hilabete tartean. Horietatik 53 umeek jaso zuten gripearen kontrako sudur barneko txertoa (% 11.2). Galdeketa 51 gurasok erantzun dute, 2 umeen gurasoekin ezin izan dugu kontaktatu.

%90,6k sudur barneko txertoa nahiago zuten, ziztada bitartekoarekin alderatuta. Gurasoen %94k txertoaren inguruko informazio egokia jaso zutela baieztatu zuten eta txertoaren berri erizainaren (%26), pediatriaren (%22), prentsaren (%17), SMSen (%17) edo bide anitzen bitartez jaso zuten.

Ondorengo galderetan beste txerto batzuekin alderatuta txerto honen bizipena nolakoa izan zen galdetu dugu, umeen aldetik % 84.9 hobe izan dela erantzuten dute gurasoen iritziz eta portzentai berdina izan da gurasoen aldetik.

Umeen % 88.68k ez zuen albo-ondorioirik izan eta izan zituztenetatik kongestioa, ondoeza eta mialgiak izan ziren ohikoenak. Gurasoen %80.84ren ustez, umeek aurrez ez dute beste urte batzuetan baino katarro gehiago izan.

Gurasoen % 82.72rentzat txerto hau eskolan jartzea egokia izango litzateke. Arrazoen artean erosotasuna, ume gehiago txertatuko liratekeela eta taldeko immunitatea handituko litzatekeela egon dira. Osterantzean, 7 gurasok ezezkia erantzun dute, nahiago dutela aurrean egon txertaketa momentuan.

Gurasoen % 90.56ri efektiboa iruditua zaie txerto hau eta txertatutako umeetatik 4k bakarrik izan dute gripe konfirmatua. Gurasoen % 92.44k gomendatuko lukete sudur barneko txerto hau.

Ondorioak. Nahiz eta gripearen kontrako txertaketaren estrategia aldatu sudur barneko txertoaren bitartez, oso txertaketa tasa baxua izan dugu aztertutako populazioan. Interesgarria izango litzateke txertatu ez diren umeak kanpainaren informazioa jaso duten jakitea.

Txertaketa tasa handitu nahian beste estrategia batzuk bilatzea izan daiteke irtenbidea, hala nola, eskolan txertatzea, masa txertaketarako zentroak gaitzea...

Guraso zein seme-alaben bizipena oso ona izan da eta baita eraginkortasuna ere. Bigarren mailako eraginak oso kasu gutxitan eman dira eta guraso gehienek gomendatuko lukete txerto hau.

DEBABARRENEKO OSI-N, 7 ETA 9 URTE TARTE HAURREN XURGATZE-OHITURA EZ-NUTRITIBOAK ETA MALOKLUSIOAREN AZTERKETA. **A. Izaguirre Urberuaga, I. Izaguirre Mendikute, M. Urberuaga Erce.** *Odontologoak, ESI Debabarrena.*

Sarrera. Oklusio normal batek funtzio murtxikatzailer egokia ahalbidetzen du, aparatu muskulu eskeletikoarekin armonian.

Garezurraren eta aurpegiaren hazkundeak eta oklusio-ereduak jatorri genetikoak dute. Elikadurarik gabeko hurrupatze-ohiturek desorekatu egin ditzakete muskulu-indarrak, hortzen posizioa, arkuen eta haien formaren arteko erlazioa, eta, ondorioz, aldatu egiten dute aho-aurpegiaren hazkundera.

Xurgatzeko ohitura ez-nutritiboak, txupetea edota tetina xurgatzea eta xurgatze digitala dira. Denboran luzatuz gero, 3 urtetik aurrera, aurreko hozkada irekia, irensketa atipikoa, hozkada gurutzatua, resaltea eta ahoko arnasketa ikus ditzakegu, besteak beste.

Helburua:

- Elikadurarik gabeko hurrupatze-ohiturei dagokienez, maloklusioen prebalentzia ezagutzea.
- Elikadurarik gabeko hurrupatze-ohituen eta aztertutako oklusio asalduren artean harreman esanguratsurik dagoen zehaztea.

Materiala eta metodoak. Eibarko Osasun Zentroan zeharkako azterlan bat egin da PADI

programaren barruan. Adin-tartea ikerketan sartzeko 7 eta 9 urte bitartekoa izan zen.

Txupetea erabiltzen amaitzeko adina berrikusten da, baita hurrupaketa digitala ere. Haurren ahoa aztertzen da, eta ahoko arnasketarik dagoen, aurreko hozkada irekia dagoen, atzeko hozkada gurutzatua dagoen eta goiko haginaren erresaltea dagoen aztertzen da.

Emaitzak. Aztertutako kasuak 278 izan dira: 127 gizonezko (% 45.68) eta 151 emakumezko (% 54.31).

Batez besteko adina 7.8 urtekoa da: 8.1 emakumeetan eta 7.4 gizonetan.

3 urte edo gehiagora arte txupetea eta/edo tetina erabiltzea da azterlan honetan aztertutako ohitura ohikoena, 93 kasu, % 33,45eko maiztasunarekin.

3 urtetik gorako xurgatze digitala 6 pazientek izan zuten, % 2ko maiztasunarekin.

Maloklusioaren prebalentzia, %37.8 koa (105) izan zen: Hozkada irekia %24.46koa (68), hozkada gurutzatua %10.79 (30), erresaltea %2,51koa (7) eta ahoko arnasketa % 35,25koa (98).

Hiru urte baino gehiagoko txupete eta/edo tetina taldeko maloklusioaren prebalentzia honako hau da: hozkada irekia % 62,3koa (58), hozkada gurutzatua % 29 (27), erresaltea % 8,6koa (8) eta ahoko arnasketa 91 kasutan, % 97.8an.

Hurrupatze digitala zuten pazienteei hozka irekia, irtengunea eta aho-arnasketa zuten % 100ean

Alde estatistikoki esanguratsua dago ($p < 0.05$) talde globalean aurkitutako maloklusioaren eta 3 urtetik gorako txupete eta/edo tetina taldean dagoenaren artean.

Ondorioak. Azterlan honetan, ahoko maloklusioaren prebalentzia aipagarria da.

Generoari dagokionez, ahoko ohitura kaltegarrien prebalentziak ez zuen alderik izan mutilen eta nesken artean. Xurgatze ohitua ez-nutritiboan eta maloklusioaren artean lotura ikusi zen, aztertutako hiru patologia oklusaletan.

Dentistaren eta pediatriaren zeregina garrantzitsua da maloklusioen prebentzioan, gurasoei ohitura hauek saihestu ditzaten aholkatuz.

LARRIALDIETAKO ARRETA PRADER-WILLI SINDROMEAREN DUTEN HAURRETAN. **A. Zurriarain, I. Andueza.** *Pediatriako erizain egoiliarrak Donostiko Unibertsitate Ospitalean.*

Sarrera. Prader Willi Sindromea (PWS) 15. kromosomaren asaldura baten ondorioz sortzen den neurogarapeneko nahasmendua da. Hipotalamoan duen eraginak gorputzeko funtzio garrantzitsuen asaldatzen ditu; hala nola, kontrol emozionala, elikadura asetzeko mekanismoa, loaren zikloa eta hormona anitzaren jariatzea (hazkuntza hormonarena, esaterako).

Sindrome honen jatorria asaldura genetiko bat den arren, normalean ez da herentziazkoa izaten.

Helburuak. PWS pediatriako larrialdietan artatzeari buruz dagoen ebidentzia aztertzea; hala, esku-hartze goiztiarra eta estrategia eraginkorrak ebaluatu, paziente horien arreta hobetu eta haiei lotutako konplikazio larriak prebenitu ahal izateko.

Metodologia. Bilaketa PubMed, Scopus eta Embase datu baseetan egin zen, hurrengo bilaketa katea erabiliz: *"Prader-Willi syndrome AND pediatric emergency care OR management AND complications"*. Iragazki bezala, hizkuntza (gaztelera eta ingeleza) eta denbora (azken 10 urteak) hartu ziren kontuan. Barneratze irizpideei dagokienez, PWS duten paziente pediatrikoen larrialdietako maneiuaren inguruko artikulua hautatu ziren. Aldiz, helduen eta metodologia egokia ez zuten ikerketak alde batera utzi ziren. Hala, 58 artikulua topatu eta haietatik 22 irakurri ondoren, artikuluen analisi kualitatiboa egin eta emaitzen garapenerako 10 artikulua aukeratu ziren.

Emaitzak. Erizaintzako eskuhartze egokia egin ahal izateko, sindromearen bereizgarri diren tenperaturaren asaldura, min atalase altua, oka egiteko gabezia eta egarria sentitzeko gabezia hartu beharko ditugu kontuan. Izan ere, ondorengo patologia desberdinak estali baititzakete: itotze- eta intoxikazio-gertaerak, arnas asaldurak, urdaileko gaixotasun larriak, aldakako luxazio edo haustura, zaurien infekzioak...

Arreta egokia eman ahal izateko, diziiplina anitzen parte hartzea ezinbestekoa dela ikusi da. Bestalde, eskuhartzeare goiztiarrari dagokionez, arnasketa gutxiegitasun edo elikadura krisiei aurre egin ahal izateko, monitorizazio metabolikoa eta arnasketa monitorizazioa nabarmentzen dira.

Ondorioak. SPWa duten haurrak larrialdietan artatzeak erronka espezifikoak ditu, sindromeari lotutako komorbiditate anitzak direla eta. Iradokizun bezala, pediatriako larrialdi-eremuan azkar maneizgarriak ezagutu eta tratatzeko) profesionalak gaitzea (PWSaren konplikazio bereizgarriak ezagutu eta tratatzeko) garrantzitsua dela ikusi da. Ikuspegi horrek, larrialdiei erantzuteko gaitasuna hobetzeaz gain, murriztu egiten baitu paziente horiek konplikazio larriak izateko duten arriskua.

GELLAT ETA EMLA: PEDIATRIAKO LARRIALDIETAKO ERABILPENA. L. **Reguillaga Yubero, M. Guerrero Fernandez.** *Pediatriako erizain egoiliarak.*

Sarrera. Larrialdi pediatrikoetan pazienteen minaren eta antsietatearen maneia

ezinbestekoa da. Analgesia topikoaren bi aukera ohikoenak GellLat (lidokaina, adrenalina eta tetrakaina gela) eta EMLA (anestesiko lokalen nahaste eutektikoa) dira. Prozedura inbaditzaile txikietan minaren pertzepzioa zein ondoeza gutxitzeko diseinatuta daude, zaurien sutura edota zainbideak kanalizatzeko esaterako. Bi aukerak egokiak dira larrialdi pediatrikoetan, izan ere, esperientzia hain traumatikoa izan ez dadin laguntzen dute, pazientearen parte hartzea hobetuz. GellLat eta EMLAren arteko hautaketa, prozedura motaren eta urgentziaren arabera izango da.

Helburua. Paziente pediatrikoaren minaren maneian GellLat eta EMLA anestesiaren ezberdintasunak aztertzea.

Metodologia. 2024ko iraila eta urria bitartean gai horri buruz argitaratutako literaturaren berrikuspen bibliografikoa egin zen, PubMed eta Dialnet bezalako datu baseak erabiliz, baita Google Scholar eta webgune esanguratsuak ere. Bilaketa honako hitz gakoekin burutu zen: (LET) AND (EMLA) AND (pediatric). Barneratze eta kanporatze irizpideak ezarri ziren eta horrela, ingelesez eta gaztelaniaz 2018 eta 2024 urteen artean publikatutako eta pediatrian oinarritutako 12 artikulua hautatu ziren.

Emaitzak. Berrikusitako azterlan gehienek 10 cm² bakoitzerako 1-3 ml-ko dosia iradokitzen dute GellLat-aren kasuan, eta 1-2 gramokoa EMLA-rako. Aplikazioari dagokionez, artikulua guztiak topikoa izan behar duen indikazioarekin bat dator: GellLAT gasazko apositoarekin estaltzen da eta EMLA berriz, aposito oklusiboarekin. Ebidentziaren arabera, GellLat egokiagoa da zauri irekietarako, urraduretarako adibidez. EMLA aldiz, azal osorako gomendatzen da, bi kasuak gorputz adarretan erabili daitezkelarik. Azkenik, EMLAren konparatuz gero, GellLat-ak efektu azkarrago bat lortzen du, nahiz eta iraupen txikiagoa duen.

Ondorioak. GellLat eta EMLAren arteko hautaketa teitustinguru kliniko eta prozeduraren presaren arabera izango da. GellLat zauri irekien analgesia azkarrerako erabiltzen den bitartean, EMLA aukera egokia da azal osorako, alternatiba segurua eta eraginkorra eskainiz itxaronaldia maneigarria denean. Bi anestesi hauek larrialdien eremuan duten eskuragarritasunari esker, minaren maneia paziente pediatriko bakoitzaren premia espezifikoetara egokitu daiteke, ospitaleko arreta eta esperientzia optimizatuz.