

Prevalencia del PPD(+) en niños en un centro de salud urbana

De Miguel, F.; Mustieles, C.; Carrera, M.
Centro de Salud Castillo de Uclés. Madrid

Objetivos: Prevalencia del PPD(+) en la población infantil de una zona urbana de alto riesgo para Tbc, necesidad de vigilancia epidemiológica y quimioprofilaxis con isoniazida (INH) en niños con factor de riesgo (FR) de exposición positivo.

Material y métodos: Se recogió un total de n=712 de Mantoux realizados en la población pediátrica que acudió al C.S. Castillo de Uclés entre enero de 1995 a julio de 1997. Supuso una cobertura del 39.38% del total de pacientes.

Se realizó estudios en los siguientes grupos etarios: a) menores de 3 años. b) de 3 a 9 años. c) de 9 a 14 años, recogiendo las siguientes variables en cada grupo 1) Vacuna BCG sí/no. 2) PPD(+/-)*, 3) Factor de riesgo de exposición (FR) en PPD (+)/(-).

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico RSIGMA utilizando la χ^2 para la asociación estadística.

* Según Consenso Nacional para Control de TBC 1992.

Resultados: 1.- Prevalencia del PPD(+) n=20 (2.8%), del total de población pediátrica de nuestra zona básica de salud.

2.- Factor de riesgo positivo entre los infectados n=16 (80%).

3.- Factor de riesgo positivo en no infectados 12,5%.

4.- Relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre FR(+) y PPD(+).

5.- Total de población vacunada n=123 (17,27%) de la población estudiada.

6.- Dentro de la población vacunada n=22 tenían un PPD que oscilaba entre 5-15 mm de diámetro.

7.- De estos 22 pacientes n=7 (31,8%) tenían un factor de riesgo positivo de exposición.

8.- No encontramos relación estadísticamente significativa entre BCG(+) y PPD(+).

Conclusiones: 1.- Existe mayor fuerza de relación entre el FR(+) y PPD(+) que entre BCG(+) y PPD(+).

2.- Proponemos valorar la necesidad de quimioprofilaxis en niños con FR(+), independientemente de estar o no vacunados, siempre que su PPD sea mayor de 55 mm de diámetro.

3.- Creemos necesario mayor número de estudios en zonas de alto riesgo de exposición para replantear los criterios de positividad del PPD.

4.- Consideramos que en zonas de alta prevalencia de TBC y factores de riesgo de exposición pudiera ser obligatorio la realización del PPD en tres ocasiones.

Utilidad y limitaciones de los marcadores de hepatitis-E

Vera Torres, J.
Centro de Salud de Carrús. Elche

Los marcadores de hepatitis-B (HB) siguen permitiendo diagnosticar enfermedad, evaluando estadio evolutivo, disposición e inmunidad del huésped (tabla I).

Objetivos: 1. Propiciar manejo de los marcadores, cotejándolos con clínica y anamnesis.

2. Asumir dificultades (subclínicos, antiguos, congénitos).

Observación clínica: Familia sin hábitos predisponentes. Cronología clínico-analítica en tablas II y I.

Discusión: Un análisis comparativo permite controlar evolución y estado actual:

1. Padre: Curado (HB en 1960).

2. Madre: HB clínica no replicativa (VII/96); se vuelve PORTADORA pasados 3 meses.

3. Hijo 1º: HB AGUDA REPLICATIVA (XI/96), asintomática al mes; 8 meses después se positiviza Anti-Hbe, aunque posteriormente desaparece con transaminasas normales (¿anuncio optimista de conversión en portador?); una HB crónica precisaría biopsia hepática para tratamiento.

4. Hijo 2º: VACUNADO, normal.

Se fracasa ante el dilema familiar, ¿cuándo y cómo se contagiaron madre e hijo 1º? La anamnesis negativa solamente deja supuestos:

a. madre contagiada del marido con replicación viral tras 13-14 años e hijo 1º con HB congénita que, casualmente, replica poco después que la madre;

b. ambos contraen HB (1995-96); imposible localizar el foco.

Conclusiones: 1. Los marcadores clásicos permiten determinar la situación inmunitaria, pero no la forma de contagio.

2. La anamnesis puede plantear dificultades éticas.

3. La ingeniería genética puede decidir, filiendo el DNA-VHB.



Estudios de infecciones faringoamigdalares en Atención Primaria

Ortiz Gordillo. E.; Garda Serrano. C.
Centro de Salud de Mantequinto-Sevilla

Objetivos: 1.- Conocer la proporción de faringoamigdalitis causadas por estreptococo beta hemolítico grupo A (SBHGA).

2.- Analizar los signos y síntomas más frecuentemente relacionados con la infección estreptocócica.

3.- Valorar la necesidad de antibioterapia empírica.

Material y métodos: Se estudia una muestra de 64 niños entre 0-14 años elegidos al azar entre los que consultan por procesos faringoamigdalares y no han recibido antibioterapia previa. Consideramos faringoamigdalitis los casos de hiperemia y/o placas pultáceas amigdalares acampañadas o no de fiebre. Se realiza una encuesta con preguntas referidas a síntomas y se anotan los signos clínicos acompañantes. A todos los pacientes se les realiza cultivo/antibiograma del exudado faríngeo. Practicamos un análisis simple de los datos.

Resultados: Presentaron cultivo positivo a SBHGA el 20,3% de los casos estudiados. Un 6,1% a otros gérmenes. El 71,8% de los cultivos fueron negativos. Los pacientes con cultivos positivos a SBHGA presentaron temperaturas entre 38.40°C en el 76.9% de los casos, mientras que aquellos con cultivos negativos sólo en un 11,1%. Se aisló SBHGA en el 50% de los casos con aftas en pilares, en el 25.9% de los que presentaban placas pultáceas, en el 21,4% de los que mostraban petequias en paladar, en el 20% de los casos con odinofagia. en el 18,1% de los casos con rinorrea, en el 17.5% de los que presentaban tos y en el 10% de los que presentaban adenopatías cervicales.

Conclusiones: 1.- Los signos y síntomas analizados tienen un escaso valor orientativo para pensar en SBHGA como agente causal, salvo la fiebre.

2.- Siendo el SBHGA la etiología bacteriana más frecuente en las faringoamigdalitis resultará útil la realización de cultivo/antibiograma de exudado faríngeo y el inicio de antibioterapia empírica.

Una causa infrecuente de eosinofilia: Fascioliasis hepática

Garda Arias M.L.; Marugan Miguelsanz, J.M.;
Gómez Mora, J.; Baizan Megido, J.
Servicio de Padiatría. Hospital de León

La Fasciola hepática es un parásito habitual, en nuestro medio, del ganado ovino y bovino. La contaminación humana es poco frecuente, sobre todo entre la población infantil. Presentamos el caso de un niño que pudimos observar en la fase aguda de esta parasitosis y se hace hincapié en las medidas preventivas de la misma.

Caso clínico: Varón de cuatro años de edad en el que, de forma casual, se detecta una hipereosinofilia iniciándose su estudio. Entre los antecedentes, familiares y personales, sólo cabe destacar que reside en medio rural, contacto con perros y gatos, ingesta de productos de una huerta familiar regada con agua de una charca cercana y urticaria un mes antes.

Exploración física normal, salvo existencia de pápula ocre de 0,5 cm en brazo derecho Darier positivo, hepatomegalia de 1 cm por debajo del reborde costal e hidrocele derecho.

Exámenes complementarios: Destacar hemograma con 20.800 leucocitos (eosinófilos 13.062/mm³). VSG 96 mm. Bioquímica completa normal, salvo proteínas totales 9,7 gr/dl (aumento de α_2 y γ globulinas) con Ig G, A, M y E total elevadas. Serología hidatidosis positiva. Parásitos en heces negativos. Rx tórax normal. Ecografía abdominal: adenopatías en hilio hepático. TAC abdominal: hepatomegalia con áreas nodulares hipodensas, de diferentes tamaños, contornos irregulares y localización central y periférica. Serología toxocara canis negativa. Serología Fasciola hepática (hemaglutinación y ELISA) positiva.

Evolución: Hepatomegalia creciente hasta 6 cm al 20º día, aumento de hidrocele y comienzo al 15º día de febrícula, dolor en hipocondrio derecho, diarrea, astenia y anorexia. Se trata con bithionol (30 mg/Kg.) a días alternos durante 14. observándose mejoría clínica con reducción de hepatomegalia y reabsorción espontánea del hidrocele. En controles posteriores, disminución progresiva de eosinofilia y título de acs anti-Fasciola. Serología hidatidosis negativa. TAC abdominal: calcificaciones puntiformes hepáticas.

Comentarios: Ante una marcada eosinofilia debemos tener presente, aunque sea poco frecuente, la posibilidad de parasitación por Fasciola. sobre todo en áreas de alta prevalencia o hallazgo de algún dato epidemiológico sugestivo.



Demanda de diagnóstico microbiológico y serológico por parte de pediatría extrahospitalaria

Mirón Canelo, JA.; Fresnadillo Martínez, M.J.; Sáenz González, M.C.
Dpto M. Preventiva, Salud Pública y Microbiología M. Salamanca.

Objetivos: Valorar las demandas de diagnóstico microbiológico y serológico realizadas por los pediatras de Atención Primaria.

Evaluar la calidad del proceso a través del indicador -tasa de muestras de orina contaminadas-.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo transversal de las demandas realizadas al laboratorio de microbiología del Hospital Universitario de Salamanca (HUS) en 1997. El estudio se circunscribe al Área de Salud de Salamanca que presta atención a 353.949 habitantes (50.256 < de 14 años). Se elaboran indicadores de demanda (proporciones y tasas) y se analizan sus diferencias con el nivel hospitalario.

Resultados: Del total de muestras recibidas, 27.774 (42%) pertenecen a pacientes < de 14 años. De éstas, 26.442 (95%) son del nivel hospitalario y 1.352 (5%) del nivel primario. Tasa global de peticiones en el Área es 185 por cada mil habitantes. Tasa global en Pediatría es 552 por cada mil < de 14 años y en P. Extrahospitalaria (PE) 27. Los diagnósticos con mayor demanda son: estudios bacteriológicos de orina y heces y estudio serológico. Tasa de positividad global de la PE es del 15%. Tasa de positividad por muestra: Orina (13%), Heces (11%). Serología (9%) y Flujos vaginales (29%). Tasas de orinas contaminadas del Área es del 14%. de PE 11%.

Conclusiones: El análisis microbiológico más demandado por la PE es el urinocultivo. La relación entre peticiones y positividad es de 5:1. La mayor tasa de positividad se da en las muestras de flujo vaginal. La calidad del proceso es bastante alta.

Linfadenitis cervical por Mycobacteria atípica

Pérez González, E.; Fdez.-Palacios García, R.; Mendoza Olivares, N.
Asensio, J.; Morales Hornillo, F.; Glez-Hachero, J.
S. de Pediatría. S. de Cirugía Pediátrica. H.U.V. Macarena. Sevilla

Objetivos: Presentamos un caso tan frecuente como una adenopatía laterocervical. en la que caben múltiples diagnósticos diferenciales, ya sean procesos infecciosos, enfermedades hematológicas como leucemias y linfomas, patología inmunoalérgica o enfermedades del metabolismo y nutrición.

Material y métodos: Varón de 12 años que ingresa por tumoración laterocervical derecha de consistencia blanda, bien delimitada, no adherida a planos profundos, de aproximadamente 2x3 cm de diámetro, localizada en el tercio inferior del esternocleidomastoideo, no dolorosa, con piel adyacente normal. Resto exploración por órganos y sistemas normal. Peso y talla dentro de límites normales.

Resultados: Pruebas complementarias: Hemograma, VSG, orina, pero bioquímico, enzimas musculares, inmunidad humoral y celular normales; serología a CMV VEB, toxoplasma negativos; baciloscopia en jugo gástrico negativa. radiografía de tórax normal, ecografía de la zona: estudio compatible con conglomerado adenopático. Estudio anatómo-patológico: Granuloma de células epitelioides necrotizante abscesificada compatible con mycobacteria atípica. No se aisló bacilo por tinción ni cultivo.

Conclusiones: Tras un estudio exhaustivo, sólo la extirpación quirúrgica y el posterior estudio anatómo-patológico nos dio el diagnóstico. La adenopatía cervical es el síntoma más frecuente de la infección por mycobacteria atípica en niños. A diferencia de la mycobacteria típica, la evolución es hacia la supuración rápida en semanas. aunque en ocasiones es necesario la cirugía para resolver el cuadro. Responde a tratamiento con quinolonas y macrólidos y no a los tuberculostáticos. a diferencia de la mycobacteria típica.



García García, J.E.; Estévez Amores, M.J.; Muriel Ramos, M.; Ripoll Lozano, A.; Martín Rodríguez, M.A.; Bueno Fincias, M.
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción: El eritema nodoso es un síndrome pluri-etiológico de etiopatogenia inmunológica, caracterizado por nódulos cutáneos y subcutáneos, dolorosos, calientes, localizados habitualmente en extremidades inferiores.

Exponemos 4 casos clínicos de diferente etiología, pero igual expresión clínica.

CASO 1: Niña de 4 años, procedente de medio rural, diagnosticada de Querion de Celso que a los 17 días de evolución presenta lesiones de eritema nodoso.

CASO 2: Niña de 10 años, que desde hace 3 meses sigue tratamiento con penicilina benzatina 1200000 U, por cuadro de dolor e impotencia funcional de rodilla y tobillo derecho, con título de ASLO elevado. Ingresó por cuadro febril, astenia generalizada, dolores articulares en rodilla y tobillo izquierdos sin signos inflamatorios y lesiones de eritema nodoso en extremidades inferiores.

CASO 3: Niña de 6 años que ingresa para estudio etiológico de lesiones de eritema nodoso. Se detecta infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

CASO 4: Niña de 18 meses con cuadro diarreico de 10 días de evolución, que ingresa por cuadro febril y lesiones de eritema nodoso en extremidades inferiores. Coprocultivo: *Salmonella typhimurium*.

Conclusiones: El diagnóstico de eritema nodoso es clínico; se trata de lesiones que no se ulceran, no supuran y se recuperan en 3-6 semanas sin dejar cicatrices ni atrofia. Se debe seguir un protocolo de estudio etiológico que incluya sistemáticamente: hematimetría, VSG, PCR, cultivo faríngeo, ASLO, tuberculina, radiografía de tórax y coprocultivo.

Portugal Ramírez, A.; Espejo Pareja, E.I.; Montero Blázquez, M.L.; Gujarró Jiménez, A.
Centro Médico Carlos III, Getafe, Madrid. Miembros de la Asociación para la Docencia e Investigación en Pediatría Extrahospitalaria

Objetivos: Describir la prevalencia de anorexia nerviosa y bulimia en una población de adolescentes de 10 a 18 años atendidos en un centro médico.

Método: Estudio: Descriptivo prospectivo. Universo: Adolescentes nacidos del 1/01/79 al 30/12/88 adscritos a un centro médico con historia clínica $n_0 = 1062$, a los que se envió una carta informativa a sus padres para que acudieran a una revisión rutinaria de salud. Acudieron: $n_1 = 767$. Repitiéndosela a los 3 meses. Período de tiempo, 01/10/97 al 31/03/98. Variables medidas: Fecha de nacimiento, sexo, que se haya explorado y esté anotado en la historia: Satisfacción con su peso, hábitos dietéticos saludables, mantenimiento crónico de dietas, diarrea frecuente, peso, talla y percentil de peso y talla, índice de masa corporal. Amenorrea de al menos tres ciclos consecutivos. En aquellos adolescentes que se ha encontrado una desviación de más de dos percentiles en el peso que les correspondía y tras descartar otras patologías (enfermedades crónicas del tracto intestinal, infecciones crónicas, hipertiroidismo, diabetes, abuso de drogas y depresión) se les realizó diagnóstico diferencial de anorexia y bulimia. Fuentes de información: Historia clínica y registro informático. Análisis estadístico: Se ha empleado el paquete estadístico Rsigma®. Se ha realizado estadística básica. Los datos tienen una precisión del 95% y un grado de significación $p < 0.05$.

Resultados: Se han revisado el 42,29% de chicos y el 57,70% de chicas. De ellos, el 64,79% y el 49,31%, respectivamente, estaban satisfechos con su peso. El IMC fue de 20.86/chicos y 19.78/chicas.

Conclusiones: La anorexia y la bulimia aparecen en proporción 7/11 en las adolescentes respecto a los varones, con una prevalencia de 11 por mil en la anorexia y de 142 en la bulimia y preferentemente en el grupo de edad de los 12 a los 18 años, siendo la edad media de la aparición de la bulimia dos años más tarde. La preocupación excesiva por el peso y la utilización de medidas extremas, como el uso de laxantes, diuréticos y dietas, es frecuente especialmente entre las adolescentes.



Influencia de la cirugía mayor ambulatoria pediátrica en la atención pediátrica extrahospitalaria

De Diego, E.; Suárez, C.; Ruiz, M.; Galicia, E.; Cantero, P.; Sandoval, F.
H.N.U.M.de Valdecilla.Santander

Introducción: Queremos exponer los criterios generales de inclusión de un paciente en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria Pediátrica (CMAP), las contraindicaciones, instrucciones preoperatorias, procedimientos quirúrgicos y cuidados postoperatorios.

Es conveniente que la Pediatría extrahospitalaria conozca cuándo se desarrolla un programa de este tipo, ya que será motivo de consulta en muchas ocasiones para valoración preoperatoria. y aunque no se precisa atención especializada por lo general, también será consultado su pediatra con gran frecuencia postoperatoriamente, siendo un pilar básico de apoyo al especialista quirúrgico pediátrico.

Durante la edad pediátrica, la patología quirúrgica conlleva, en un 60.70% de los casos, intervenciones de corta duración, con escasas pérdidas hemáticas y bajo riesgo quirúrgico; si a esto añadimos una población de pacientes sanos en un 80% de los casos, podremos comprender porqué en la edad pediátrica se cumplen los criterios generales de CMAP con facilidad.

Es preciso que los padres y cuidadores comprendan y acepten las condiciones pre y postoperatorias. Si se transmite el nivel de calidad y seguridad necesarios será muy bien acogida socialmente. ya que se ve menos alterado el entorno familiar, hay un mayor confort psicosocial en el niño y una menor incidencia de infección nosocomial.

Modelo organizativo de un servicio de cirugía pediátrica. ¿Más cercana a la atención pediátrica extrahospitalaria?

De Diego E.; Galicia, E.; Cantero, P.; Sandoval, F.
H.N.U.M.de Valdecilla. Santander

Introducción: Desde que en 1995 se ampliara la plantilla de cirujanos pediátricos de nuestro hospital, la dirección de los tres hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma decidió realizar consultas de cirugía pediátrica no solamente en el hospital de 3er nivel, sino también en los dos hospitales comarcales, con una periodicidad de 1-3 consultas mensuales en función de la demanda asistencial que se produjera, efectuándose las intervenciones quirúrgicas únicamente en el hospital de referencia.

El Hospital Comarcal nº 1 está bien comunicado con el centro de 3er nivel. a 15 minutos por carretera, y tiene una población de referencia de 167.000 habitantes.

El Hospital Comarcal nº 2 está próximo a otra Comunidad Autónoma y se encuentra a 30 minutos por carretera del Hospital de 3er nivel. recogiendo una población de referencia de 80.000 habitantes, que se triplica en la época estival. Históricamente, y debido a problemas de comunicación ya subsanados, eran remitidos a hospitales de la Comunidad Autónoma vecina.

Queremos hacer una exposición de este modelo de atención especializada, valorando sus ventajas e inconvenientes, así como plantearnos la posibilidad de su modulación en función de nuevas necesidades.

**Comunicaciones
orales**



Estudio de los hábitos de sueño en niños de 12 meses de vida

Herrarz, M.; Aranegui, A.; Prieto, C.; Araiz, P.; Erice, B.
Centro de Salud de Alsasua, Huarte, Burgete. Navarra

Objetivos: Estudiar la frecuencia de trastornos del sueño en niños de un año; relacionarlos con variables familiares.

Diseño: Descriptivo. Entrevista sobre cuestionario estructurado.

Ámbito: Tres zonas básicas de Navarra.

Sujetos: 67 niños en la revisión del año de vida entre 4º trimestre 1997 y 1º de 1998.

Mediciones: Analiza frecuencia de 7 trastornos del sueño (dormir con luz, ayuda para conciliar el sueño, despertarse en la noche, etc.) y mediante el chi-cuadrado su asociación con sexo y variables familiares como número de hermanos, actividad laboral familiar, compartir habitación.

Resultados: 25 no tienen alteraciones del sueño, 42 una y más. Se despiertan por la noche el 31.3% lloran al acostarse el 16,4%... El 12,1% duerme menos de 10 horas. Los niños tienen hora de acostarse menos fija que las niñas ($p=0,004$). Dormir con luz es más frecuente entre los niños con hermanos ($p=0,04$). Los trastornos del sueño son más frecuentes en hijos de madres que no trabajan.

Discusión: Los trastornos de sueño entre niños de 1 año son frecuentes. Deben ser objeto de intervención. Se debería investigar si las mujeres que no trabajan ponen menos énfasis en crear hábitos de sueño apropiados. No parece que tener hermanos contribuya a mejorarlos.

Epidemiología en las derivaciones infantiles desde Pediatría a O.R.L. en un centro de salud semiurbano

Martin Ruana, J.; Calva, E.; Martin Ruano, A.;
Mirón, JA.; Sánchez B.; Julián, A.
EA P. Ciudad Rodrigo. Salamanca

Objetivos: Conocer las características poblacionales, así como los diagnósticos de la población pediátrica derivada de la consulta de Pediatría general al especialista de O.R.L. en un centro de salud rural.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 166 historias de niños remitidos desde la consulta de Pediatría general al especialista de O.R.L. Se revisa en todos ellos datos como: Edad, sexo, características de la consulta (programada, urgente, revisión, primera consulta...), diagnóstico. Se realiza estudio estadístico de los datos obtenidos.

Resultados: Se revisan un total de 291 consultas correspondientes a 166 niños (84 niños y 82 niñas) con edades comprendidas entre uno y catorce años, con una edad media de siete años y medio.

De las 291 consultas, 159 (56%) fueron primeras consultas, 125 (44%) segundas y 7 (4.3%) urgencias.

Los niños de 3 años con el 15% fueron el tramo de edad en el que se realizaron más derivaciones, seguido por los de 4 y 6 años con el 8,8% y 8,2% respectivamente.

En relación a los motivos de consulta y diagnósticos. la patología adenoidea (21%). seguida de los taponos en conducto auditivo externo (11.6%) y otitis media (6.5%) fueron los más frecuentemente encontrados. En un 13% de las ocasiones no se observó patología.

El motivo de consulta urgente más frecuente fue la epistaxis.

Conclusiones:

- La causa que hemos obtenido como más frecuente de remisión al O.R.L. desde Pediatría es la patología de las adenoides.

- La edad media de los niños remitidos es de 7.5 años. Con un porcentaje mayor de niños de 3 años.

- La epistaxis es el motivo de consulta urgente más frecuente.



*Garbayo, J.; **Santaularia, S.; †Bilbao, JA.;
-†Naranjo, MA.;***Amengol, A. J.

*Pediatria extrahospitalaria Balaguer (Lleida). **Psicóloga clínica.
Tarragona.***Pediatria extrahospitalaria. Tarragona

Objetivos: Articular distintos factores psicológicos y actuaciones de los padres que manifiestan reiteradamente que su hijo presenta trastornos de la conducta alimentaria.

Material y métodos: Se elaboró una encuesta de 22 ítems cerrados que fue rellenada por una muestra escogida al azar de 160 matrimonios que acudieron al pediatra en 1997. La edad media de las madres fue de 32 años y la de los padres, 34. El sujeto de la encuesta fueron los hijos de 2 a 6 años, media 3,5 años, DS 1.44.

Resultados: Observamos que los trastornos alimentarios que plantean los padres al pediatra no son debidos en general a una causa orgánica. Las dificultades aparecen casi siempre al introducir la alimentación sólida y el uso de cuchara. El hecho de que las dificultades se mantengan y sean motivo de consulta tendría que ver con el tipo de interrelación madre-padre-hijo ante el acto de comer, distinta en cada núcleo familiar. Los factores psicológicos que influyen en la reacción del niño ante la comida estarían relacionados con el ideal de hijo que tienen los padres, la disponibilidad y la paciencia, los criterios educativos, los niveles de exigencia, la forma particular de los padres de pedir ayuda o no y de que el niño acepte o no la imposición de la comida desde el adulto. Los padres se sienten satisfechos de poder plantear su problema al pediatra ya la vez de sentirse escuchado; esta necesidad genera la hipótesis de plantear la derivación al psicólogo en casos seleccionados para poder orientar mejor el problema y su solución.

Poyato Dominguez J.L.; Sánchez Espejo, M^a. M.
Centro de Salud Montilla. Córdoba

Introducción: Se define como enurético el niño de edad mental superior a 5 años que moja su cama dos o más noches por semana durante un mínimo de 3 meses.

Se han barajado múltiples factores etiológicos de la enuresis nocturna sin que ninguno lo explique por sí sólo y sin que se conozca tampoco su mecanismo de acción.

En este trabajo se analiza desde el punto de vista del pediatra de Atención Primaria la experiencia obtenida durante dos años tras el seguimiento de un grupo de niños enuréticos.

Caso clínico: Grupo de 27 niños enuréticos de edades comprendidas entre 6 y 15 años, de los cuales 15 presentaban enuresis nocturna primaria, 10 enuresis nocturna secundaria y 2 enuresis nocturna acompañada de enuresis diurna.

Se intenta profundizar en los factores etiológicos. Así, por ejemplo, un 40% tiene antecedentes familiares positivos. En un 80% refieren sueño profundo. No hay una personalidad tipo. Un 70% de los padres tienen actitud positiva ante el problema.

También se analizan los posibles síntomas y signos que indiquen un problema psico-social asociado: El 90% de las enuresis nocturna primaria no tienen ninguna enfermedad orgánica ni psíquica.

Por último, se hacen análisis de las distintas modalidades terapéuticas.

Discusión: La enuresis nocturna es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Con este trabajo se intenta protocolizar de forma clara los distintos aspectos diagnósticos y terapéuticos de la enuresis, así como el manejo terapéutico de la enuresis primaria rebelde.



Análisis de la urgencia pediátrica en el Área de Salud del Bierzo

López Palacios, D.; Casal Codesido J.R.; La fuente Acuña, N.; García Álvarez, R.; Vázquez Lima, M.J.; Velasco García, R.; Fidalgo Álvarez, I.
Centro de Salud Ponferrada. Hospital del Bierzo

Objetivos: Analizar los motivos de la presión de urgencias en el Hospital del Bierzo y las relaciones con dos puntos de atención continuada (PAC) del Área de Salud (Ponferrada y Bembibre).

Material y métodos: Estudiamos la presión de urgencias en el PAC de Ponferrada y en el PAC de Bembibre, con una población infantil de: Bembibre 3.389 (M 48,1%-H 51,8%), Ponferrada 10.801 (M 48,2%-H 51,7%). Período estudiado. 6 meses. Se recogen: nº de urgencias/día en los PAC, diagnósticos, remisiones al hospital, urgencias recibidas en el hospital de *motu proprio*. Analizamos, a través de una encuesta dirigida a los padres, los motivos de la demanda hospitalaria de *motu proprio*. Los datos se introdujeron en un paquete estadístico Sigma para su análisis; se considera significativa $P < 0.05$.

Resultados: Presión de urgencias en el PAC de Bembibre: 4,2 por mil. Presión de urgencias en el PAC de Ponferrada: 3,4 por mil con un incremento importante durante los fines de semana, más acusado en el PAC de Ponferrada. Los motivos de consulta más frecuentes son: S. febril y patología respiratoria seguidos de patología digestiva y traumatismos. La derivación programada al hospital desde Bembibre es del 3,6%. La derivación programa desde Ponferrada es del 1,9% y la producida a demanda es del 23,15%. Ingresaron el 90% de los derivados de forma programada. De las 1.666 urgencias recibidas en el hospital de *motu proprio*, como motivo de la demanda figura la valoración subjetiva de la urgencia por parte de los padres y la falta de pediatra en el centro, la distancia y la falta de comunicaciones con el centro de salud fue otro motivo importante.

Conclusiones: 1.- El aumento de recursos en A. Primaria facilita una derivación de la urgencia programada de forma muy selectiva, pero no controla la demanda social

2.- La mayor accesibilidad al hospital condiciona un incremento significativo de la demanda al hospital de *motu proprio*.

3.- La urgencia pediátrica en el hospital debe organizarse de acuerdo con esta realidad social para evitar un dispendio de recursos en las pseudourgencias.

Respuesta inmunológica a dos tipos de vacuna triple vírica

Martín Saldaña R.; Jiménez Domínguez, C.; Martín Laso, MA
Centro Médico, M.S. Madrid.

Se realiza estudio comparativo entre dos tipos de vacunas triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis). una de ellas con cepas obtenidas por pases de cultivos de fibroblastos de pollo (A) y la otra por pases en cultivos de células diploides humanas (B). En ambos casos, la cepa de rubéola es idéntica.

Se seleccionan 383 niños de los que se conocen tipo de vacuna, lote, fecha y edad de vacunación y la determinación se realizó por 2 técnicas de EIA en 5 laboratorios. De los 313 que recibieron vacuna A, 177 sueros se obtuvieron antes de transcurridos 3 años y 136 después de este tiempo. Los 70 sueros de niños que recibieron vacuna B se obtuvieron antes de los 3 años (30 años de comercializarla y 40 después).

Los resultados de seroconversión obtenidos son los siguientes:

De estos datos se deduce que la cepa de rubéola de ambas vacunas se encuentra dentro de los niveles habituales de seroconversión. En el caso de sarampión están por debajo de límites aceptables tanto en caso de vacuna A y más en la vacuna B. Los niveles el caso de parotiditis son bajos en ambos casos (73,8% y 52,9%).

Si consideramos por separado los dos grupos de niños vacunados con la vacuna B (antes y después de su comercialización) y los dos grupos que recibieron vacuna A (estudio serológico antes y después de los 3 años de vacunación) observamos que la respuesta es similar en las mismas condiciones de estudio 1º y 4º grupos).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre las dos vacunas administradas, en las mismas condiciones de estudio. Sin embargo, habría que valorar la conveniencia de realizar otras técnicas de diagnóstico inmunológico ya que la ausencia o niveles bajos de anticuerpos IgG detectables por EIA no se corresponde con la inexistencia de casos clínicos en nuestra población.

Por otra parte, no existen diferencias significativas en cuanto a sexo, edad de vacunación, lote, laboratorio y técnicas realizadas.



Importancia de la hipersensibilidad alérgica a hongos en nuestra zona

Sánchez, M.A.; Lorente, F.; Romo, A.; Dávila, I.; Laffond, E.; Moreno, E.
Unidad de Alergia Pediátrica Hospital Clínico Universitario. Salamanca

Introducción: La hipersensibilidad alérgica a hongos es muy frecuente en aquellas regiones de España donde se dan condiciones de humedad relativa elevada y temperaturas suaves. Tales condiciones no son frecuentes en nuestro medio. Sin embargo, en algunas ocasiones la hipersensibilidad alérgica a esporas de hongos ambientales es responsable de patología alérgica respiratoria en el niño y, por lo general, pocas veces es tenida en cuenta. En Castilla, la incidencia media descrita es del 6.5%. En la presente comunicación se describe la incidencia de niños alérgicos a hongos en Salamanca y provincia, así como en Zamora.

Material y métodos: Han sido valoradas 1.024 historias clínicas de los niños que acudieron a la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Clínico Universitario entre mayo de 1997 y abril de 1998. De todos los pacientes estudiados, 849 procedían de Salamanca. 153 de Zamora y 22 de otras provincias.

Resultados y comentarios: Del total de pacientes estudiados, 824 presentaban una sensibilización alérgica a inhalantes, destacando, en primer lugar, la hipersensibilidad alérgica a pólenes de plantas anemófilas, seguido de alergia a epitelio de animales y ácaros y estando en cuarto lugar la sensibilización a hongos ambientales con un 10.44%. Este porcentaje significa un incremento del 4% en los últimos 8 años.

No se observan diferencias significativas entre los niños de las diferentes zonas de Salamanca de acuerdo a su lugar de residencia con la excepción de aquellos que viven en la zona periurbana (zonas con mayor grado de humedad por estar cercanas al río), que prácticamente duplica a los que viven en la ciudad y en el medio rural.

Comparando la sensibilización de los niños procedentes de Zamora y Salamanca, se observa una mayor sensibilización a hongos en los niños que viven en Zamora o su provincia. El 18,2% de los niños alérgicos a inhalantes procedentes de Zamora, lo son a hongos (lo que representa el 13,72% del total de los niños estudiados de esa provincia), frente al 8,65% de los niños alérgicos a inhalantes que viven en Salamanca (7,06% con respecto al total de niños atendidos de Salamanca o provincia).

Se analizan, finalmente los hongos más comúnmente implicados en la sensibilización de estos niños.

Importancia de la hipersensibilidad alérgica a ácaros en nuestro medio

Hernández, M.; Lorente, F.; Romo, A.; Laffond, E.; Moreno, E.; Dávila, I.
Unidad de Alergia Pediátrica Hospital Clínico Universitario. Salamanca

Introducción: La hipersensibilidad alérgica a ácaros del polvo y de almacenamiento es en algunas regiones de España la primera causa de alergia. Destaca su incidencia en las Islas Canarias con el 69.5% de los pacientes, seguido de Galicia/Asturias con el 56%. Comunidad Valenciana con el 37 y Cataluña con el 34%. En Castilla, la incidencia media descrita es del 17%. En la presente comunicación se describe la incidencia de niños alérgicos a ácaros en Salamanca y provincia y en Zamora, así como la sintomatología que presentan y el tipo ácaro implicado.

Material y métodos: Han sido valoradas 1.024 historias clínicas de los niños que acudieron a la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Clínico Universitario entre mayo de 1997 y abril de 1998. De todos los pacientes estudiados, 849 procedían de Salamanca. 153 de Zamora y 22 de otras provincias.

Resultados y comentarios: Del total de pacientes estudiados, 824 presentaban una sensibilización alérgica a inhalantes, destacando, en primer lugar, la hipersensibilidad alérgica a pólenes de plantas anemófilas, estando en tercer lugar la sensibilización a ácaros en polvo con un 34.83%. Este porcentaje significa un incremento del 8% en los últimos 8 años.

Analizados los datos se observa una mayor sensibilización a ácaros en los niños que proceden de Zamora: El 33% son alérgicos a ácaros, frente al 26% de los niños de Salamanca, diferencia aún mayor si solamente se refiere a los niños alérgicos a inhalantes: 45.21% y 32.9%, respectivamente.

Diferencias significativas se observan igualmente entre los niños de Salamanca de acuerdo a su lugar de residencia, con una menor proporción entre aquellos que viven en Salamanca capital: 19.8%.



Hipersensibilidad alérgica en niños de Salamanca Análisis comparativo de los años 1990-1998

Grupo de trabajo de pediatras de Centros de Salud-Unidad de Alergia (*)
Unidad de Alergia Pediátrica Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción: Las enfermedades alérgicas constituyen una de las patologías más frecuentes de las consultas pediátricas, observándose, además, un incremento significativo de las mismas en los últimos años. En la presente comunicación se analiza la evolución de la hipersensibilidad alérgica en niños de Salamanca y provincia, a través de un estudio comparativo de la incidencia de niños alérgicos en el año 1990 y en 1998.

Material y métodos: Han sido valoradas 1.024 historias clínicas de los niños que acudieron a la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Clínico Universitario entre mayo de 1997 y abril de 1998, analizando los parámetros siguientes: Edad, motivo de consulta, sensibilización y diagnóstico final. Los datos son comparados con los resultados de un estudio similar que comprende 2.045 historias, realizado entre 1988 y 1990, con el fin de analizar la evolución de la alergia en nuestro medio.

Resultados y comentarios: La mayor demanda de consulta alérgica en 1998 han sido los problemas respiratorios, con un 84.28% de los casos, seguido de problemas dermatológicos, 22.85%; sospecha de alergia a medicamentos, 6.74%; problemas digestivos, 3.61% y sensibilización a alimentos, 2.83%. Observándose, sobre el estudio realizado en 1990, un incremento de los problemas respiratorios y una disminución de la demanda por problemas dermatológicos y por medicamentos.

Destaca un incremento de la sensibilización a pólenes de plantas anemófilas que pasa del 49.87 en 1990 al 85.80% en 1998 y a epitelio de animales, que en 1990 representa el 22.29%, mientras que en 1998 es del 39.20% de los alérgicos a inhalantes. Se observa una disminución en la sensibilización a medicamentos, que del 2.9% en 1990 pasa al 0.39% en 1998. Es de destacar el descenso del 26.7% en 1990 al 17.18% en 1998 de niños no sensibles, lo que indica que éstos son remitidos mejor orientados a la consulta de alergia.

De acuerdo al domicilio del paciente se establecen 6 zonas, con características peculiares, con el fin de valorar posibles diferencias entre ellas.

(*) Grupo de trabajo: Arias Camisón, A.; Bedoya, J.; Bravo, R.; Clavero, M.J.; Dávila, I.; De Dios, B.; Gallego, L.; García, M.J.; García, R.; Gómez, M.; González Almeida, M.; González, M.; Gutiérrez, A.; Hernández, F.; Hernández, I.; Hernández, P.; Herrero, M.; Jiménez, L.; Laffond, E.; López, J.; Lorente, F.; Lourenco, M.; Luque, M.C.; Malmierca, F.; Martín, A.; Martín, E.; Martín, J.J.; Martín, P.; Melgar, D.; Méndez, A.; Miguel, G.; Molino, A.M.; Moreno, E.; Moriñigo, P.; Pellegrini, J.; Polo, J.; Polo, M.A.; Rodríguez, E.; Romo, A.; Rozas, A.; Sánchez, B.; Santamaría, A.; Seco, M.J.; Sexma, A.L.; Zakour, J.

Epidemiología de las enfermedades alérgicas en niños de Salamanca

Grupo de trabajo de pediatras de Centros de Salud-Unidad de Alergia (*)
Unidad de Alergia Pediátrica Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción: Las enfermedades alérgicas constituyen una de las patologías más frecuentes de las consultas pediátricas, siendo, además, algunas de ellas, como el asma, la enfermedad crónica más frecuente en el niño y la mayor responsable de absentismo escolar. En la presente comunicación se analiza la situación epidemiológica de las enfermedades alérgicas en niños en Salamanca y provincia, así como la hipersensibilidad que padecen.

Material y métodos: Han sido valoradas 1.024 historias clínicas de los niños que acudieron a la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Clínico Universitario entre mayo de 1997 y abril de 1998, analizando los parámetros siguientes: Edad, motivo de consulta, sensibilización alérgica y diagnóstico final. Los pacientes, de acuerdo a su lugar de procedencia, fueron distribuidos en seis zonas que por sus peculiaridades orográficas y climatológicas evidencia diferencias significativas: Zona 1: Salamanca capital, zona 2: zona periurbana, zona 3: sierra de Francia y sierra de Bejar, zona 4: sierra de Gata y Ciudad Rodrigo, zona 5: Los Arribes del Duero y El Abadengo y zona 6: Campo de Pañaranda, Alba, La Armuña y Las Villas.

Resultados y comentarios: La mayor demanda de consulta han sido los problemas respiratorios, con un 84.28% de los casos, seguidos de problemas dermatológicos, 22.85%; sospecha de alergia a medicamentos, 6.74%; problemas digestivos, 3.61%, y sensibilización a alimentos, 2.83%.

Los diagnósticos más frecuentes fueron los de rinitis, seguidos de conjuntivitis y asma, con un 58.26, 49.89 y 48%, respectivamente.

Destaca la sensibilización a inhalantes con un 80.47% de los niños, de los cuales son sensibles a pólenes de plantas anemófilas un 85.80%, a epitelio de animales el 39.20%, a ácaros 34.83% y a hongos un 10.44%. La sensibilización a alimentos es del 12.99%, medicamentos 0.39% y a veneno de himenópteros el 0.2%.

De acuerdo al domicilio del paciente se observa una mayor sensibilización a pólenes en los habitantes de la sierra de Francia y sierra de Béjar, así como una menor sensibilización a ácaros en los que viven en Salamanca capital.

(*) Grupo de trabajo: Arias Camisón, A.; Bedoya, J.; Bravo, R.; Clavero, M.J.; Dávila, I.; De Dios, B.; Gallego, L.; García, M.J.; García, R.; Gómez, M.; González Almeida, M.; González, M.; Gutiérrez, A.; Hernández, F.; Hernández, I.; Hernández, P.; Herrero, M.; Jiménez, L.; Laffond, E.; López, J.; Lorente, F.; Lourenco, M.; Luque, M.C.; Malmierca, F.; Martín, A.; Martín, E.; Martín, J.J.; Martín, P.; Melgar, D.; Méndez, A.; Miguel, G.; Molino, A.M.; Moreno, E.; Moriñigo, P.; Pellegrini, J.; Polo, J.; Polo, M.A.; Rodríguez, E.; Romo, A.; Rozas, A.; Sánchez, B.; Santamaría, A.; Seco, M.J.; Sexma, A.L.; Zakour, J.



Calendario polínico de la ciudad de Salamanca

Hernández Prieto, M.; Lorente, F.; Romo, A.; Dávila, I.; Laffond, E.; Calvo, A.
Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Se presenta un estudio sobre el contenido polínico del aire de Salamanca (España) a fin de establecer el Calendario polínico de dicha ciudad con los períodos de máxima concentración, relacionándose con variables atmosféricas cuantificables a lo largo de los bienios 1981-82 y 1991-92. Para la captación del polen se ha utilizado el modelo Spore-Trap Burkard. Las determinaciones realizadas han sido diarias, a partir de las cuales se han elaborado las preparaciones para su observación al microscopio óptico de 1.000 aumentos. Se han analizado un total de 9.466 preparaciones, correspondientes a otros tantos días.

Como consecuencia de dicho análisis se han identificado 48 tipos distintos de pólenes: Poaceae, Olea europea, Quercus rotundifolia, Q. pyrenaica, Q. ruber, Q. Faginea, Cupressus sempervirens, C. Arizonica, Juniperus communis, Plantago lanceolata, Plantago media, Pinus communis, Abies alba, Rumex sp., Urtica dioica, Parietaria officinalis, P. judica, Chenopodium sp. Amarantus sp., Salsola kali, Artemisia vulgaris, Taraxacum officinale, Helianthus sp, Castanea sativa, Ligustrum sp. Betula sp. Alnus sp, Fraxinus sp. Populus sp. Salix sp. Ulmus sp. Platanus sp. Carex sp, Erica sp. Medicagum sp. Cercis sp. Acacia sp. Sophora japonica, Foeniculum sp., Cirsium sp., Centaurea sp., Cistus sp., Typha sp., Myrtus communis, Juglans regia, Galium verum, Filipendula sp. Pyrus sp. Prunus sp., Tilia sp., Morus sp., Taxus baccata, Paver rhoeas, Lavandula sp, Humulus sp, Lilium sp., y Echiun sp.

Los taxones más abundantes han sido para pólenes de encina, olivo, gramíneas, plantago y parietaria. En base a los datos obtenidos se ha establecido el calendario polínico de Salamanca, describiéndose la época en que se observa cada polen a lo largo del año, así como los períodos de mayor incidencia en la concentración atmosférica de los mismos.

La diversidad y espectro polínico de la ciudad corresponden con el típico paisaje vegetal de la dehesa castellana en la que la ciudad se asienta, aunque la predominancia de los vientos y las características meteorológicas concretas condicionan los picos de máxima presencia de los distintos taxones.

Hipersensibilidad alérgica a epitelio de animales en nuestro medio. Análisis comparativo de los años 1990-1998

Gayol, P.; García-Noriega, M.; Lorente, F.; Romo, A.; García, M.J.; Dávila, I.; Laffond, E.
Unidad de Alergia Pediátrica Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción: En los últimos años se asiste a un incremento considerable de las enfermedades alérgicas en los niños, fundamentalmente como consecuencia de una mayor hipersensibilidad a inhalantes. De manera paralela se observa un incremento de los animales de compañía en los domicilios, que, en algunos países, llega a ser del 40%. Este hecho parece haber sido la causa, en los últimos años, de una mayor sensibilización alérgica a los productos dérmicos de animales. Los antígenos de epitelio permanecen durante un tiempo muy prolongado en el aire; además, como se ha puesto en evidencia recientemente, la concentración de antígenos de algunos epitelios de animales, como es el gato, alcanzan proporciones muy elevadas en el medio ambiente escolar.

Material y métodos: Han sido valoradas 1.024 historias clínicas de los niños que acudieron a la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Clínico Universitario entre mayo de 1997 y abril de 1998, analizando aquellas que presentaban una hipersensibilidad alérgica a epitelio de animales. Los datos han sido comparados, de manera global, con los resultados de un estudio similar que comprende 2.045 historias, realizado entre 1988 y 1990. Por otra parte, se envió un cuestionario a los niños sensibles con el fin de determinar la proporción de animales en sus domicilios, así como la relación con sintomatología clínica.

Resultados y comentarios: En el período de 1988 a 1990 se observa que el 22.29% de los niños presentan hipersensibilidad alérgica a alguno de los productos dérmicos de animales estudiados. Esta cifra se ve considerablemente incrementada en el estudio realizado en 1998, alcanzando una sensibilización del 39.20% de los niños alérgicos a inhalantes: En orden decreciente se observa un 38.7% alérgicos a epitelio de gato, seguido del 26.6% a caballo, 17.02% a conejo, 12.3% a perro, 8.35% a epitelio de vaca, 4% pluma de aves y 2.7% a hámster. Los epitelios de conejo y gato son los que provocan pruebas cutáneas mayores. En el trabajo se analiza la sensibilización alérgica de los niños, de acuerdo a su procedencia (rural y/o urbana), así como la relación entre la sensibilización alérgica a epitelio de animales y la presencia de éstos en la propia vivienda o en el edificio.



Estudio descriptivo de la morbilidad derivada de accidentes con bicicleta en nuestro medio

Encinas, S.M.; Pérez-Quintero, JA.; Fernández Molina, C.; De la Cerda, D.; Federero, J.; Durán de Vargas, L.E.
Servicios de Pediatría y de Informática e Información Médica. H.U.V. Macarena. Sevilla

Objetivos: Conocer la morbilidad secundaria a traumatismos por accidentes de bicicleta en la edad pediátrica en nuestro medio.

Material y métodos: Pacientes menores de 20 años ingresados durante el período 1/1/93 al 31/4/98 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. CMDB del paciente siguiendo la clasificación CIE-9. Causa externa del ingreso: Accidente de bicicleta. Procesamiento de los datos: Office-97 y SPSS-WIN 6.0.

Resultados: Han ingresado 139 pacientes (109 niños y 30 niñas). La edad media es de 9.4 años (± 3.8). Por mecanismos de accidente: 114 caídas de bicicleta (82.1%), 12 colisiones de bicicleta con vehículos motorizados (8.6%) y 13 peatones atropellados por bicicleta (9.3%). La edad media de los peatones atropellados es menor (5.6 años). Estancia media en clínica de 4.4 días sin variación respecto a mecanismo de accidente. El 58.2% sufre traumatismo craneo-encefálico (26.6% con conmoción cerebral y 5% con lesiones graves intracraneales) El 28.7% de los casos sufre alguna fractura (precisa corrección quirúrgica en el 42.5%). En el 2.8% existe traumatismo abdominal con lesión visceral. En 32.3% de los casos sufrieron lesiones faciales y el 41.7% precisó sutura de heridas en otras partes del cuerpo.

Conclusiones: Los traumatismos derivados de accidentes con bicicleta suponen un importante factor generador de morbilidad en la edad pediátrica. Según los resultados obtenidos existe un claro predominio en varones, en edades comprendidas entre los 5 y 13 años. Predominan los accidentes por caída de bicicleta. Menor edad en los peatones atropellados. Los ingresos por accidentes de bicicleta no tienen distribución mensual/estacional definida (lejos de lo que cabría esperar). Por la morbilidad generada se deriva de este trabajo la necesidad de una correcta educación vial y del uso correcto de las medidas de protección.

Adolescencia y educación sanitaria en la escuela: Una asignatura pendiente en la prevención de hábitos nocivos

Hernández Galindo, M.; Hernández Yanguas, I.; Leandro Liberato, S.V.; Cenzano Catalán, J.M.
Área de Salud de Tudela A. Navarra

Objetivos: Conocer características de adolescentes en relación a ciertos hábitos nocivos (consumo de tabaco, alcohol y drogas) con el fin de realizar programas preventivos de Educación para la Salud (EpS) coordinadamente con educadores, en nuestra Área de Salud.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo mediante autocumplimentación de cuestionario precodificado. Muestra de 505 alumnos estratificada por edad, sexo, centros escolares y lugar de residencia. Se analizaron estadísticamente los datos utilizando la base de datos y tratamiento estadístico del paquete informático Sigma.

Resultados: La muestra estaba formada por 268 hombres y 237 mujeres, con una media de edad de 16.47 ± 1.69 años. Provenían el 52.08% del medio urbano y el resto rural.

Tabaco: El 75.84% habían probado tabaco, persistiendo en el hábito el 55.25%. La edad media de inicio fue de 13.44 años. Se encuentran diferencias significativas por grupo de edad ($p < 0.001$) hábito tabáquico en padres ($p < 0.01$) y en amigos ($p < 0.001$).

Alcohol: El 94.65% habían probado alcohol, con una media de edad de inicio de consumo de 13.27 años. Beben actualmente el 81.78% y el 40% de manera habitual. Hay diferencias significativas por edad ($p < 0.001$), sexo ($P < 0.05$).

Drogas: El 45.35% de los adolescentes habían probado algún tipo de droga y seguían consumiendo el 36.04%. La media de edad de inicio de contacto con drogas se situaba alrededor de los 15 años. Existen diferencias significativas en relación a la edad ($p < 0.001$), consumo por parte de amigos ($p < 0.01$) y mala relación con padres ($p < 0.001$).

Conclusiones: Es fundamental desarrollar programas de EpS multiprofesionales en la escuela, como refuerzo a la educación sanitaria individual. Analizando la magnitud del problema y la edad de inicio en los hábitos debería ser esencial el incluir actividades de este tipo en el currículo educativo de los alumnos de 6º de Primaria y primer año de la Educación Secundaria Obligatoria.



Cenzano, J.M.; Hernández Galindo, M.
Centro de Salud de Tudela - Este. Navarra.

Introducción y justificación: La adolescencia constituye una época difícil de definir y conceptuar para todos. La biología destaca el cambio constante multisectorial que acontece. La sociedad pide al adolescente responsabilidad y autonomía imponiéndole pautas que dificulta el desarrollo de sus capacidades. Los medios de comunicación la presentan como un período de dramas y tormentas. En la familia, el amor por los hijos se mezcla con la preocupación y la frustración. Esta etapa especial, única... tiene particularidades también en su atención sanitaria: La falta de formación específica para abordar los problemas propios de este período, el ser una atención compartida entre la atención pediátrica y el médico de familia, la falta de espacios y métodos concretos, etc., son problemas a solucionar.

Nuestra contribución a enfocar, resolver o eliminar estas dificultades es una responsabilidad a compartir.

Objetivos: OBJETIVO GENERAL: Diseñar un modelo de consulta dirigido a la detección de patologías específicas, hábitos nocivos, factores de riesgo y disfunciones psicosociales propias de esta edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Analizar las características propias de este tipo de consulta.

-Concretar los contenidos que debe abordar la atención al adolescente.

-Describir los problemas más comunes que pueden acontecer.

-Orientar hacia esta consulta las actividades de prevención y promoción de salud.

-Establecer un camino de continuidad con los médicos de familia.

A) Características de la consulta.

-Acercamiento al paciente adolescente.

-Organización "cuidada".

-Actitud positiva en la entrevista.

B) Contenidos de la atención al adolescente.

Historia clínica, problemas de conducta, enfermedades infecciosas y vacunaciones, historia sexual, drogadicción y hábitos nocivos, nutrición, historia menstrual, historia familiar y social...

C) Problemas que pueden acontecer.

1. -Trastornos del desarrollo físico.

2. -Trastornos del desarrollo psicosocial: Comportamiento de alto riesgo, trastornos de conducta, fracaso escolar...

García, D.; Martínez, A.
C. S. Sector III. Área X. Getafe. Madrid.

Objetivos:

- Conocer los medios de comunicación que utilizan dos poblaciones de adolescentes, su frecuencia y contenido.

- Estudiar la situación de la autoestima, relaciones sociales y familiares, el grado de información sexual, el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

- Realizar un estudio comparativo entre las dos poblaciones.

Material y métodos: Las poblaciones a estudiar son los menores comprendidos entre 12 y 16 años escolarizados en dos municipios de la Comunidad de Madrid y correspondientes a un instituto público y un colegio religioso concertado. Se realiza una encuesta que comprende una parte de datos personales y familiares, frecuencia y tipo de medios de comunicación y situación actual del adolescente, en cuanto a autoestima, información sexual, relaciones sociales y alcohol, tabaco y drogas. Se analiza siguiendo un programa SSPS.

Resultados: La mayoría de los adolescentes (49%) dedican su tiempo libre a salir con sus amigos. No hay diferencias en cuanto a las relaciones familiares, excepto que existen un 15% de familiares monoparentales en el colegio por un 4% en el instituto. La TV la ven entre semana de 1 a 2 horas y de 3 a 4 horas en fin de semana. Existen diferencias en el tipo de programas, aunque el más frecuente son las series (53%). Escuchan la radio (93%) y sobre todo los programas musicales (82%). Leen libros (45%) de aventuras (39%) y de literatura (35%). Suelen comprarse revistas con su dinero, existiendo diferencias en cuanto al contenido e información que les interesa. Se relacionan bien socialmente, tienen una buena autoestima y la agresividad es del 15%. La información sobre el sexo les llega de sus amigos (34%) y a ellos se dirigen si tienen alguna duda (45%), no estando satisfechos con lo que saben (63%). La mayoría no fuman (71%), consumen alcohol en fin de semana (45%) y hay diferencias entre los dos grupos en los contactos con drogas.

Conclusiones:

- La impresión del desarrollo de los adolescentes es positiva.

- Tienen diferencias en cuanto a la información que les interesa por estar en dos ambientes socioeconómicos distintos.

- Sus principales informadores son sus amigos.

- Sus hábitos de salud están bien controlados.



Unidad de Adolescentes. Intervención en sexualidad

Prados Carmona, G.; Martínez Herando, C.; Regueira Sánchez, M^a. V.;
Rodríguez Molina, M^{ta}T.

C.S. Palma-Palmilla. C.P. La Rosaleda y Ayuntamiento de Málaga

Objetivos: La Unidad de Adolescentes propuso los siguientes:

- Conocer opiniones, actitudes y temas de mayor interés en sexualidad.
- Debatirlos y desmitificarlos.
- Que los padres conozcan, autoricen y participen.

Material y métodos: Durante marzo y abril, en el colegio, a los alumnos de 2º de ESO se les pasa cuestionarios, se debaten en clase sus respuestas; se les proyecta vídeos que abren nuevos debates.

Participan médico, enfermera, psicóloga y profesoras de la Unidad.

Comunicación por escrito a los padres.

Resultados: Los temas que más les preocupan son la utilización adecuada del preservativo, embarazo, ETS y "la primera vez".

Tienen escasas ideas sobre menstruación, anticoncepción, masturbación, homosexualidad, temas que son ampliamente tratados en los debates.

La comunicación con los padres ha servido para informarles de los temas, "pedirles autorización", conocer que estos temas salen poco en casa y que prefieren que sea en el colegio donde sus hijos reciban esta información.

Conclusiones:

-La metodología ha resultado adecuada a los objetivos de conocimientos y desmitificación.

- Hemos conseguido autorización y participación de los padres.

Unidad de Adolescentes. Implicación de los padres

Prados Carmona, G.; Martínez Herando, C.; Castillejo Muñoz, C.;
Guerrero González, M^a V.

C.S. Palma-Palmilla. C.P. La Rosaleda
y Área de Juventud del Ayuntamiento. Málaga

Objetivos:

- Conseguir que conozcan la Unidad de Adolescentes.
- Conseguir el mayor grado de participación.

Material y métodos: Convocatoria de reunión conjunta en el colegio.

Comunicaciones escritas antes y/lo después de cada actividad.

Resultados: La asamblea conjunta resultó un fracaso por la escasez de participantes.

Las comunicaciones por escrito trataron sobre: Información de la Unidad de Adolescentes y petición de participación; cuestionario de opiniones sobre sus hijos; conclusiones de la intervención en alimentación saludable; las de la intervención en la prevención del tabaquismo; las de las actividades sobre la prevención de la violencia; información y petición de autorización para iniciar el tema de sexualidad; las conclusiones sobre el tema de prevención del alcoholismo.

En todas las comunicaciones informativas pasábamos cuestionarios de opiniones sobre el tema y pedíamos que se dialogara en casa sobre él.

Conclusiones:

-La metodología utilizada es aceptable.

- Pensamos que también pueden servirnos en el futuro otras fórmulas no utilizadas por nosotros como visitas domiciliarias, actividades lúdicas conjuntas, etc.



Embarazo y morbilidad ginecológica en las adolescentes

Portugal Ramírez, A.; Jallou Chaker, T.; Victoria Garrido Carmona M^a;
Espejo Pareja, E. I.

Clinica San Cosme, Madrid. Fuenlabrada

Asociación para la Docencia e Investigación en Pediatría Extrahospitalaria

Objetivos: Describir los hallazgos más destacables de las adolescentes atendidas en una consulta de ginecología en los últimos diez años.

Métodos: Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo. Universo: Todas las demandantes de asistencia de 9 a 20 años en la consulta de ginecología. $n_0=182$. Tipo de muestreo: Aleatorio. $n_1=126$. Periodo de tiempo evaluado: Desde el 01/01/87 al 31/12/97. Variables estudiadas: Edad en la primera consulta, edad de menarquia, antecedentes familiares, hábito tabáquico, tiempo normal de menstruación, número de gestaciones, abortos, nacidos vivos e IVEs, método anticonceptivo utilizado, dismenorrea, relaciones sexuales, coitalgia, infecciones, presencia de flujo, patología mamaria. Fuentes de datos: Historias clínicas. Análisis estadístico: Se ha empleado el paquete estadístico Rsigma[®]. Se ha realizado estadística básica de las variables, correlaciones, se realizó conteo de frecuencia, averiguando su distribución, y porcentajes de las variables, estableciendo el error estándar e intervalos de confianza. Los datos tienen una precisión del 95% y un grado de significación $p<0.01$.

Resultados:

Antecedentes familiares: Ninguno 82.53%, cáncer 3.96%, HTA 3.96%, diabetes 9.52%. En las que tienen relaciones sexuales 81.74%. método anticonceptivo usado: Ninguno 14.56%, ACO 77.67%, DIU 2.91% preservativo 20.39% ligadura de trompas 0.97% otros: 4.85%. De ellas, el 29.12% \pm 4.47 tuvieron al menos un embarazo, el 60% \pm 8.94 tuvieron un aborto provocado y el 33.33% \pm 8.60 llevó a término su embarazo. El 10.89% presentaron coitalgias. Se ha encontrado correlación directa entre el número de gestaciones y el número de embarazos llevados a término (coef. cor. 0.54904, err. est. 0.083165) y el número de IVEs (coef. cor. 0.7413, err. est. 0.044766).

Conclusiones: El número de embarazos es muy superior al esperado en función del porcentaje que no usa ningún método anticonceptivo. Ha habido adolescentes menores de edad que han tenido abortos provocados. La edad de aparición de la menarquia ha sido la previsible. Teniendo en cuenta que la paciente más joven fue vista a los 13 años, el porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales es alto.

Evaluación de la lactancia materna: 10 años de seguimiento 1988-1997

*Marés Bermúdez, J.; Ribá Peraferrer, G.
Pediatra. Enfermera. Asistencia Primaria. Blanes. Girona

Se realiza un estudio prospectivo de seguimiento de la evolución del tipo de lactancia a una muestra de neonatos atendidos en nuestro centro.

Objetivos: 1.- Conocer la prevalencia y la duración de la lactancia materna (LM) en la población. 2.- Analizar la evolución de las tasas de LM y su duración en los últimos 10 años. 3.- Determinar qué variables influyen en el inicio y la duración de la LM.

Material y métodos: La muestra corresponde a un total de 1.406 neonatos seguidos en nuestro centro en un periodo de 10 años (1988-1997). Se recogen sistemáticamente 19 variables de finidas en relación a la madre, el embarazo, el parto, el neonato y el seguimiento de la lactancia. Se analizan todas las variables en el total de la muestra y posteriormente se comparan los datos en periodos bianuales. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

Resultados: La tasa de LM al alta hospitalaria es del 74.4% con intervalo de confianza (IC) del 95% de (72.2%; 76.6%). aunque el 15.6% son lactancias mixtas. La media de duración de LM ha resultado de 3.3 meses con IC 95% (3.1 ; 3.4). La media de LM en los casos con lactancia mixta inicial es de 1.5 meses, más baja que en la LM exclusiva que es de 3.8 meses ($p<0.0005$). A los 2 meses, la tasa de LM es del 55.9%, a los 5 meses del 20.8% y a los 7 meses del 9.2%. Comparando el bienio 88-89 con el 96-97, la tasa de LM inicial se ha incrementado del 74.3% al 81.9% ($p=0.03$) y la duración de 2.8 a 3.5 meses ($P<0.05$) respectivamente. La prematuridad, el bajo peso al nacer y el parto por cesárea se relacionan con un porcentaje menor de LM inicial ($p<0.006$). Las madres fumadoras en la gestación dan el pecho una media de 2.7 meses respecto las no fumadoras, con 3.4 meses ($p<0.005$). Las madres sin trabajo remunerado fuera de su hogar mantienen la LM una media de 2.9 meses, comparadas con las de titulación académica superior que trabajan, con 4.6 meses ($p<0.05$).

Conclusiones: 1.- Durante los últimos 10 años, la tasa de LM al alta hospitalaria ha resultado de un 74.4% con IC 95% de (72.2%; 76.6%) con una media de duración de 3.3 meses IC 95% (3.1; 3.4). 2.- A los 2 meses continúan la LM aproximadamente el 55% de las madres y casi un 10% hasta los 7 meses. 3.- Se ha producido un incremento significativo tanto en la tasa de LM al alta hospitalaria como en la duración de la lactancia materna durante estos últimos 10 años. 4.- El hábito de fumar durante la gestación, la profesión de la madre y el tipo de lactancia inicial (exclusiva o mixta) son las únicas variables que hemos encontrado relacionadas con la duración de la lactancia materna. Ni la edad de la madre ni el número de hijos han resultado tener una relación estadísticamente significativa.



Vilhelabeitia Deusto, JA.
Ambulatorio de Algorta. Vizcaya

El dolor torácico (DT) como síntoma es relativamente común en la práctica pediátrica extrahospitalaria; sin embargo, tan sólo representa el 1 por 1.000 de las consultas en el Servicio de Urgencia.

La mayoría de los estudios realizados muestran que el (DT) en la edad infanto-juvenil raramente es debido a patología orgánica grave, pero la experiencia aconseja que el síntoma sea tomado seriamente y ser cuidadosamente evaluado, porque en un porcentaje pequeño, pero significativo, puede ser reflejo de un proceso patológico importante.

El (DT) puede deberse a un amplio abanico de posibilidades, destacando las de origen músculo-esquelético (30%), afectación de las estructuras pleuropulmonares (20%) y origen idiopático (20%) en quienes no se puede demostrar etiología orgánica alguna y no están presentes factores psicológicos (10%) tales como estados de ansiedad de base claramente emocional que expliquen el dolor. El resto se reparten en origen gastro-intestinal (5%), cardíaco (5%) y situaciones diversas (10%), como punzadas precordiales, tabaquismo, algias torácicas vagas, etc.

Una completa historia clínica y una cuidadosa exploración física son el primer paso para evaluar el DT, que puede revelar la etiología en la mayoría de los casos. Las exploraciones complementarias iniciales que más aportan al estudio del DT son radiología de tórax y electrocardiograma... Pruebas más específicas sólo deben solicitarse con el fin de completar el estudio del paciente cuando los datos son sugestivos de afección orgánica importante o significativa. El tratamiento será el específico de cada entidad clínica.

Debe marcarse bien claramente cuáles son los límites de acción del pediatra de Atención Primaria y es preferencial evaluar la urgencia de la situación para decidir el lugar idóneo para su manejo. Se derivarán a un centro asistencial cualificado aquellos pacientes que requieran exploraciones más sofisticadas para el diagnóstico o que su gravedad requiera ingreso hospitalario urgente.

García de la Rubia, M.; Pajarón Fernández, M.J.; Sánchez Carrascosa, M.; Canteras Jordana, M.; Sánchez Solís, M.; Pajarón de Ahumada, M.
CAP La Alberca. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia Murcia

La medida de la temperatura (T^a) en el niño es una práctica habitual, tanto en el quehacer diario de la Medicina como en la consideración por parte de los padres de la existencia de enfermedad.

Se estima el rango de T^a en un estado de salud de $36,8 \pm 0,4$ °C, considerando fiebre aquella T^a igual o superior a 38 °C. La aparición de nuevos sistemas de medida, nos impone el valorar si los asumimos en nuestra práctica diaria.

Objetivos: Comparar la medida de la temperatura rectal y ótica en Pediatría extrahospitalaria.

Material y métodos: Estudiamos la T^a en un grupo de 41 niños de la consulta diaria de Pediatría entre 0 y 4 años de vida. De éstos, 20 son sanos y 21 consultan por fiebre. Utilizamos el termómetro de infrarrojos ThermoScan proLT (Braun. Alemania) para la toma de la T^a ótica (T^{a_o}) y el termómetro de mercurio ICO (Médica España) para la valoración de la T^a rectal (T^{a_r}). Se realizan tres medidas seguidas en el oído derecho de todos los niños, obteniendo la T^a ótica media. Para la toma rectal se introduce el termómetro en el recto hasta un centímetro aproximadamente por encima del cabezal de mercurio.

Se consideró como factor de corrección del termómetro ótico la diferencia entre la media de temperaturas óticas y rectales en niños afebriles, obteniendo una T^{a_o} corregida igual a T^{a_o} más la diferencia resultante. Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias pareadas mediante la t de Student tanto en niños febriles como afebriles. Se estudió la sensibilidad, especificidad y valor predictivo para el termómetro ótico en los niños febriles.

Resultados: La T^{a_o} media fue $(36,48 \pm 0,52)$ y la T^{a_r} de $(37,13 \pm 0,38)$ en niños afebriles y de $(38,14 \pm 0,89)$ y $(38,80 \pm 0,66)$, respectivamente, en niños febriles. La comparación de medias en niños afebriles presentaba diferencias estadísticamente significativas: $t = -5,33$ $p < 0,0001$, al igual que en niños febriles $t = -6,29$ $p < 0,0001$. La sensibilidad para la medición de la T^{a_o} media fue del 62% y la especificidad del 100%, con un valor predictivo positivo de 0,85. Utilizando la T^{a_o} corregida ($T^{a_o} + 0,6$ °C), la sensibilidad aumenta al 81% con una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo de 0,99.

Conclusiones: Según nuestros datos, la temperatura rectal es superior a la ótica (0,6° C) de media en niños de hasta cuatro años de edad. La temperatura ótica detecta el 62% de niños con fiebre; la temperatura ótica corregida lo hace en el 81% de los casos.



Encuesta en un servicio de urgencias sobre el empleo de terapias alternativas en Pediatría

Sanguino Fabre, J.C.; Pérez Quintero, J.A.; González-Meneses, A.;
González-Hachero, J.
Servicio de Pediatría. H.U. Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Valorar la utilización de terapias alternativas en Pediatría.

Material y métodos: 135 niños de todas las edades, seleccionados al azar, que consultan en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. Durante la anamnesis se pregunta si utilizan o han utilizado terapias alternativas y quién prescribió y supervisó el tratamiento.

Resultados: Utilizaron terapias alternativas el 43%. Tipos: Plantas medicinales 73%, suplementos dietéticos 50%, oración 40%, masajes 33%, dieta 20%, ejercicio físico 16%, terapias mente-cuerpo 12%, homeopatía 7%, imposición de manos 7%.

En lactantes predominan plantas medicinales y masajes. Preescolares y escolares: Suplementos dietéticos y plantas medicinales. Adolescentes: Dieta y ejercicio físico.

El 70% las utilizó sin supervisión médica y no informó a su pediatra.

Conclusiones: No debemos ignorar el uso de terapias alternativas en Pediatría, la mayoría sin supervisión médica y susceptibles de comprometer la salud del niño. Pueden representar un complemento de la terapia convencional si se utilizan y supervisan adecuadamente. Debemos preguntar al paciente sobre la utilización de terapias alternativas, valorando su eficacia y riesgos potenciales.

Empleo de antibióticos en Atención Primaria: Medio urbano y rural

Cañedo Hernández, C.; Rivas Prieto, S.; Mellado Encinas, R.; Del Molino
Anta, A.; Pellegrini Belinchón, J.; Cambra Mora, J.
Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca

Objetivos: Valorar el uso de antibióticos por los pediatras de Atención Primaria de la provincia de Salamanca y realizar un análisis comparativo entre los medios rural y urbano.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del año 1997 en base a los perfiles fármaco-terapéuticos de los pediatras, facilitados por la Unidad de Farmacia de Atención Primaria. Recabamos datos acerca del número de envases / 1000 habitantes de cada uno de los antibióticos utilizados, analizando diferencias entre el medio rural y urbano.

Resultados: Observamos que un 53% de los fármacos empleados en nuestra provincia son antibióticos; de ellos, dos terceras partes corresponden a penicilinas de amplio espectro (38%) y amoxicilina-clavulánico (28%). En menor proporción se utilizan cefalosporinas y macrólidos; con un 16% y 13%, respectivamente. Utilización escasamente significativa de sulfamidas, rifamicinas y aminoglucósidos. Esta distribución se mantiene al estudiar por separado el uso de antibióticos en el medio rural y urbano. Hemos analizado las diferencias estacionales con una clara elevación en el mes de febrero, caída a lo largo del verano y posterior ascenso al inicio del otoño, con una evolución paralela en ambos medios.

Conclusiones:

-Los antibióticos constituyen el principal grupo terapéutico empleado por los pediatras.

-Consideramos como un criterio de uso adecuado de los antibióticos que el 66% de ellos sean penicilinas de amplio espectro y amoxicilina-clavulánico.



Perfiles farmacoterapéuticos en Pediatría extrahospitalaria

Rivas Prieto, S.; Mellado Encinas, R.; Cañedo Hernández, C.; Pellegrini Belinchón, J.; Del Molina Anta, A.; Cambra Mora, C.
Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca

Objetivos: Valorar el uso de los fármacos más utilizados (excluidos los antibióticos) por los pediatras de Atención Primaria de la provincia de Salamanca y realizar un análisis comparativo entre los medios rural y urbano.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del año 1997 en base a los perfiles fármaco-terapéuticos de los pediatras, facilitados por la Unidad de Farmacia de Atención Primaria. Recabamos datos acerca del número de envases / 1000 habitantes de estos fármacos y analizamos las diferencias entre el medio rural y urbano.

Resultados: De los fármacos estudiados, más de la mitad se reparte en sólo tres grupos terapéuticos: Analgésicos-antipiréticos (A-A) el 26%, antitusígenos (AT) el 19% y mucolíticos (M) el 12%. Esta distribución se mantiene al estudiar por separado el medio rural y urbano. Destacó el mayor reempleo en el medio rural de broncodilatadores orales, antihelmínticos y glucocorticoides sistémicos.

Hemos observado diferencias estacionales claras: Predominio en los meses fríos de A-A, AT, M y broncodilatadores orales, empleo básicamente en primavera de antihistamínicos sistémicos y broncodilatadores inhalados; mayor uso de restauradores electrolíticos orales en el medio rural y en verano.

Comentarios:

-Consideramos excesivo el uso de mucolíticos, especialidad de utilidad terapéutica baja.

- Mayor gasto farmacéutico en el medio rural especialmente de antihelmínticos y broncodilatadores.

Mastocitosis cutánea en la infancia

Marínez Jiménez, A.L.; * Hernández Herrero, S.; Fidalgo Álvarez, I.; Cabrero Muñoz, A.

* Residente médico de familia. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León

La mastocitosis cutánea, enfermedad rara en la infancia, benigna, de debut en los primeros dos años de vida, de curso clínico variable, con buen pronóstico y resolución espontánea en la adolescencia. No existen diferencias significativas entre sexos. Su forma de presentación varía desde el mastocitoma solitario, urticaria pigmentosa (forma más frecuente), mastocitosis difusa y, por último, los raros casos asociados a síndrome o manifestación sistémica del adulto. La patogenia de masas de células mastocitarias a partir de la "Stem Cell", con liberación de sustancias mediadoras pone en marcha signos y síntomas: Prurito urticaria diseminado, eritema congestivo (Flushing), lesiones ampollas (bullas), hipotensión, síncope, shock, diarrea, vómitos y hemorragia digestiva. Es el signo de DARIER el patognomónico de este tipo de enfermedad. La biopsia de piel. analítica (determinación de histamina y 5 hidroxitriptófano en sangre, orina y jugo gástrico), nos da la seguridad. El tratamiento debe ser individualizado, sintomático y expectante, con respuesta al empleo de ketotifeno, hidroxizina o cromoglicato.

Caso clínico: Niña de 2 años de edad, con aparición desde el nacimiento de una "erupción" cutánea más acentuada a partir de los 6 meses de edad, con formación de unas lesiones mácula-papulo eritematosas de 2x3 cm, de tamaño de distribución en tórax, tronco, cuello y cuero cabelludo en nº de 7-8, acompañadas según diferentes estímulos (alimentación, baño, sol, cambio de ropa...) de lesiones ampollas de gran tamaño, con enrojecimiento flushing) y prurito continuo de superficie de la piel. El estudio histopatológico mostró en la biopsia de la piel un infiltrado dérmico en banda de mastocitos. La paciente no ha presentado sintomatología gástrica asociada, estando en la actualidad en revisiones continuas. El tratamiento con antihistamínicos H1 ha mejorado la sintomatología cutánea.

Conclusiones:

-La mastocitosis debe considerarse en lesiones cutáneas y digestivas.

- El diagnóstico de certeza se obtiene por la biopsia cutánea.

- El tratamiento es individualizado y monitorizado.

- El pronóstico de este tipo de enfermedades es excelente al llegar a la adolescencia.



La informática, como medio de comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Especializada

Hernández Galnó, M.; Cenzanc Catalán, J.M.; Escolar Castellón, F.;
Monroe Hermosilla, S.
Centro de Salud Tudela-Este Santa Ana

Objetivos: Describir y potenciar la comunicación y coordinación entre servicios pediátricos extrahospitalarios y diversos servicios hospitalarios de referencia, mediante el uso de la historia pediátrica informatizada (HPI).

Material y métodos: Tras instalar redes locales Ethernet en los dos Centros de Salud de Tudela, se ha establecido conexión con la red existente en el Hospital de Área.

Se realiza desde abril estudios descriptivos de los beneficios que esta tecnología (basada en el uso de la HPI de desarrollo propio) aporta a la calidad asistencial que se presta a las personas que acuden a una consulta pediátrica.

Resultados: La comunicación interniveles se realiza en tiempo real desde la consulta. De esta manera existe conexión directa con servicios hospitalarios (radiología, laboratorio, pediatría, etc.). Esto permite realizar en todo momento un seguimiento integral de nuestros pacientes y consensuar protocolos comunes de actuación, lográndose así una mejor atención al paciente.

Conclusiones:

- La comunicación bidireccional mediante el uso de la HPI ayuda a la coordinación interniveles y a la postre posibilita un mejor seguimiento de los casos.
- Se logra una mejora en la calidad asistencial y una mayor satisfacción del usuario.
- Mejora la eficiencia de la consulta pediátrica pilotada y disminuye la carga burocrática.

Calidad total en el programa de revisión del niño

Garbayo Solana, J.; Clavotto, R.; Samaranch, F.; Domingo, F.;
Pardos, J.; Armengol, A.
S. de Pediatría. Área Báscica de Balaguer. Lleida

Introducción: Los programas de revisión sistemática del niño se ocupan básicamente de la prevención y promoción de la salud, añadiendo una nueva función, cuando el programa es sometido a control de calidad, es decir, la Investigación y Desarrollo.

Objetivos: Presentación de metodología para aplicación de calidad total en el programa de salud del niño.

Justificación: Muchos profesionales médicos y equipos de Pediatría realizan en los últimos años actividades de evaluación de la práctica clínica. Algunas de éstas han sido seguidas de medidas de mejora o de cambio. Buena muestra de estas experiencias son las numerosas auditorías publicadas en revistas especializadas de atención médica.

Pero esta cultura de evaluación que se ha ido introduciendo en nuestra práctica tiene sus limitaciones por:

- Centrarse en aspectos concretos y limitados.
- Por sí sola, la auditoría no introduce mejoras.
- No abordan aspectos de la atención directamente asistenciales.
- Generalmente son medidas aisladas en el tiempo y no suponen trabajo de mejora continuo.

Metodología: En esta presentación queremos hacer una propuesta de calidad total dentro de las actividades del programa del niño sano. Elaboración por parte de los equipos de Pediatría ambulatoria de un plan de monitorización continuada de sus actividades.

Conclusiones: Los planes de calidad pretenden una actuación planificada por los propios profesionales, continuada en el tiempo e integrada en el conjunto de nuestras actividades.



Variaciones del somatolipo en la edad escolar

Cuadrad, P.; Cuadrado, J.L.; Escamilla, MA.
Escuelas Deportivas Municipales. C. Valenciana

Objetivos: Presentar las somatocartas características de los alumnos valencianos en los distintos años de escolaridad obligatoria.

Pacientes. Metodología: 1530 alumnos varones de distintos colegios de la Comunidad Valenciana, distribuidos en los distintos años de escolaridad que abarca de 5 a 15 años.

Realizadas las trece mediciones necesarias para obtener los valores de endomorfia, mesomorfia, ectomorfia, sacamos la media de cada edad y con ellas X e Y que permite representar gráficamente la somatocarta.

Resultados: Hemos encontrado las siguientes variaciones en los componentes sheldonianos, según la edad: Endomorfia (grasa corporal): Disminuye, aumenta y se estabiliza en los primeros años para ascender a partir de los 13 años. Mesomorfia (musculación): No aumenta en los primeros años y es a partir de los 14 años cuando se manifiesta. Ectomorfia (linealidad): Ascende gradualmente e inicia declive a partir de los 14 años. Todos los resultados anuales se agrupan hacia la parte central de la somatocarta, iniciándose una tendencia hacia el predominio mesomórfico a partir de los 14 años.

Los valores encontrados para las tres componentes debemos expresarlos hasta el segundo decimal para aclarar que, con igualdad de los enteros, pueden presentar una somatocarta distinta: De central a balanceada.

Conclusiones: En la edad escolar, el somatotipo varía hacia componentes mesomórficos con más componentes endomórficos o ectomórficos en función de sus características morfofuncionales.

La natación (endomórficos), gimnasia-ballet (ectomórficos) y fútbol (inespecíficos) son los deportes que debemos ofrecer a los escolares en sus inicios.

Estudio del estado bucodental de los niños que acuden a la consulta de la Unidad de Salud Bucodental de un Centro de Salud semiurbano.

Martin Ruano, J.; Benito-Sendin, J.; Martín Ruano, A.; Mirón, JA.;
Sánchez, B.; Julián, A.
EA P. Ciudad Rodrigo. Salamanca

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y el estado de salud bucodental de los niños que acuden a consulta en la Unidad de Salud Bucodental del Centro de Salud de Ciudad Rodrigo.

Material y métodos: Se realiza un estudio de 187 niños que acuden a la consulta de la Unidad de Salud Bucodental del Centro de Salud de Ciudad Rodrigo. En todos ellos se recogen variables epidemiológicas como edad, sexo, así como los diagnósticos emitidos por el odontólogo: Caries (número, situación). Flemón, gingivitis, maloclusión, etc. También se recoge el tratamiento efectuado o aconsejado por el especialista (sellado, obturación, extracción, derivación a ortodoncista, antibiótico, etc.). Posteriormente, se realizan los índices CAO, CAOM y prevalencia de caries.

Resultados: De los 187 niños revisados, el 46% eran varones y el 54% mujeres. La edad que hemos encontrado es de 8.6 años. El número medio de caries encontrado es de 1.76 por niño. De los niños que acudieron, el 28.9% no presentaban ninguna patología en el área bucodental. Del 71.1% restante con patología, la caries con el 65.9% y la maloclusión con el 17% fueron las alteraciones que encontramos con más frecuencia.

La obturación (47.5%) y el sellado de fisuras (20%) fueron los tratamientos más frecuentemente aplicados a la unidad.

El índice CAO que resultó fue de 2.17 y el índice CAOM de 1.2. La prevalencia de caries encontrada en nuestra población fue del 61.5%.

Conclusiones:

-La caries (65.9%) y la maloclusión han sido las patologías encontradas con mayor frecuencia.

-El hecho de que un 28.9% de los niños que acuden a la unidad no presenten patología, nos hace pensar en la importancia que para parte de la población tiene su estado dental.

A pesar de los Programas Preventivos de Atención al Niño y de Salud Bucodental existe todavía un elevado número de niños con caries. Hemos de insistir en la higiene dental y hábitos alimenticios correctos para disminuir la incidencia y prevalencia de caries.



Portugal Ramírez, A.; Casitas Muñoz, C.; Espejo Pareja, E.I.; Inés González Blanco, M^ª.

Osa de la Vega, Cuenca, INSALUD. Asociación para la Docencia e Investigación en Pediatría Extrahospitalaria.

Objetivos: Describir los hallazgos anatómicos más destacables en las revisiones bucodentales efectuadas en el Programa de Salud Bucodental en un municipio rural.

Métodos: *Tipo de estudio:* Descriptivo retrospectivo. *Universo:* Todos los nacidos del 01/01/84 al 31/12/95, censados en el municipio de Osa de la Vega. n.=96. *Tipo de muestreo:* Aleatorio, n.=87. *Período de tiempo evaluado:* Desde el 01/01/97 al 31/12/97. *Variables estudiadas:* Fecha de nacimiento, sexo, presencia de caries, maloclusión, malposición, piezas supernumerarias, labio leporino, paladar hendido, frenillo lingual, tratamientos de ortodoncia. *Fuentes de datos:* Historias clínicas, censo poblacional y resultados de los análisis del agua potable. *Análisis estadístico:* Se ha empleado el paquete estadístico Rsigma[®]. Se ha realizado estadística básica de las variables, se realizó conteo de frecuencia, averiguando su distribución, porcentajes de las variables y correlaciones, estableciendo el error estándar e intervalos de confianza. Los datos tienen una precisión del 95%.

Resultados: Características organolépticas del agua: El ph es de 7.9, y la concentración de flúor es de 413 mcgrs/l. El padrón de habitantes a fecha 11/05/98 es de 675, de los que el 14.21% son menores de 15 años.

La morbilidad encontrada es la que aparece en la tabla II.

El 52.87% son niños frente al 47.13% que son niñas. No se han encontrado labios leporinos ni paladar hendido. Una niña es deficiente mental y se negó a ser explorada. Se ha encontrado correlación directa entre el número de niños con piezas supernumerarias, frenillo lingual (coef. cor. 0.72378, err. estan. 0.074408) y ortodoncia (coef. cor. 0.71133, err. estan. 0.075791).

Conclusiones: La concentración del flúor en el agua potable hace aconsejable el uso preventivo de flúor en la población descrita. El elevado número de malposiciones no se corresponden con las ortodoncias que se practican, lo que está indicando que hay que favorecer el uso de ortodoncias correctoras en mayor número.

Cuadrada Escamilla, J.L.; Cuadrado Martínez, P; Vila Bou, V.
Hospital Dr. Peset. Ambulatorio Luis Oliag. Valencia.

Objetivos: El estrabismo es uno de los diagnósticos por el que más frecuentemente consultan los pediatras al oftalmólogo. Tratamos de resumir cuáles son los conocimientos y elementos mínimos necesarios para que el pediatra tenga criterios diagnósticos y remita al especialista los casos que requieran tratamiento.

Material y métodos: Hemos realizado una exploración ocular básica a 150 pacientes (edades comprendidas entre 2 meses - 10 años) cuyo motivo de consulta era "desviación de los ojos", defecto estético referido por los padres. Se ha sistematizado la exploración ocular según la edad:

-Lactantes 0-6 meses: (a) capacidad fijación y seguimiento objetos: Test de la diana. (b) tamaño y transparencia corneal. (c) simetría pupilar (Hirschberg). (d) reflejo rojo. (e) desviación ocular evidente.

-Lactantes 6-12 meses: (a) simetría pupilar. (b) notación "CSM": reflejo corneal Centrado, Estable, Movimiento del ojo fijador al destapar el ojo ocluido.

- Niños 1-3 años: (a) valorar agudeza visual: Pigassou. (b) simetría pupilar (c) notación "CSM".

- Niños mayores de 3 años: (a) valorar agudeza visual: Snellen. (b) simetría pupilar. (c) notación "CSM". (d) exploración motilidad ocular extrínseca.

Resultados:

- 90% casos estrabismo verdadero: (a) no diferencias según sexo. (b) 60% antecedentes familiares estrabismo. (c) 80% desarrollo antes del 2º año de vida. (d) 50% ambliopía. (e) estrabismo más frecuente: convergente.

- 10% de los casos pseudoestrabismo: 7% epicanto, 3% ángulo χ positivo.

Conclusiones:

- Exploración básica estrabismos al alcance del pediatra. Elementos necesarios: linterna, oftalmoscopio directo, test de la diana y optotipos (Pigassou, Snellen).

-Toma de decisiones: desviación ocular (a) pseudoestrabismo: nada (b) estrabismo verdadero (b.1) constante: oftalmólogo. (b.2) inconstante: revisión a los 6 meses. (b.2.1) normal: nada (b.2.2) persistente. empeora: oftalmólogo.



Ruiz Sánchez, J.F.; Brú Jaén, F.J.; Cerezo del Olmo, Y.
 Centro de Salud José María Pemán. Elche

Introducción: La enfermedad psicósomática se define como la sintomatología en la que procesos psicológicos y fisiológicos desempeñan a la vez un papel destacado. En sus génesis intervienen como factores fundamentales los factores de estrés, ya sean de naturaleza ambiental, psicológica o madurativa. La diplomacia y el tacto y no una extensa evaluación especializada son los mejores ingredientes diagnósticos.

Casos:

Caso 1: Niña de 13 años que desde los 11 y seis meses ha presentado episodios recortados de 1 hora de duración de broncoespasmo y dificultad respiratoria; en relación con crisis de ansiedad, llanto, factores del medio escolar (regañinas del profesor, presiones en la clase de educación física y disputas familiares). Hace dos meses episodio de contractura de ambas manos y temblores en relación con los exámenes escolares. **Caso 2:** Niño de 12 años que a los 11 presentó cuadro de cefalea, tics motores cefálicos, contractura de cuello, retraimiento en el comedor escolar, insomnio y pesadillas en relación con amenazas de un compañero de escuela, sintomatología que remitió cuando se modificaron las circunstancias ambientales.

Discusión: Los criterios más útiles para diagnosticar una disfunción psicósomática son de tres clases:

- 1.- Descartar la posibilidad de un trastorno orgánico (en nuestra primera paciente se practicó analítica básica que no evidenció alteración).
- 2.- Documentar una disfunción psicosocial que explique la relación entre estrés psicológico y la sintomatología.
- 3.- Reducir los factores de estrés psicosociales, con la consiguiente mejoría de la función física. El pediatra extrahospitalario puede explicar a la familia que hay enfermedades no aparentes y relacionadas con el estrés; en nuestros dos pacientes, con clara referencia al medio escolar.

Fortea, E.; Galcerán, R.M^a; Féliz, M.; Torres, D.; Escofet, C.
 A.B.S. Sant Feliu de Guixols

El autismo es el trastorno general del desarrollo más frecuente. A pesar de su baja incidencia, nos parece importante la familiarización, en Atención Primaria Pediátrica, con la sintomatología de este tipo de trastornos. Su detección y derivación precoz a centros especializados mejorarán el pronóstico y el bienestar de estos niños.

El caso clínico que presentamos es el de un niño de dos años que consultan los padres por falta de adquisición del lenguaje.

A la exploración física tenía un fenotipo normal.

Destacaba una falta de interacción social con aislamiento del entorno que le rodea y falta de contacto con la mirada.

No respondía a su nombre ni reconocía a su madre.

A nivel del lenguaje y comunicación existía un retraso grave del lenguaje gramatical, con falta de lenguaje simbólico compensatorio.

El desarrollo cognitivo y la audición parecían normales.

La exploración neurológica y del desarrollo motor eran normal para su edad.

A nivel de los exámenes complementarios se solicitó cariotipo, cromosoma X frágil, estudio metabólico. RMN y potenciales evocados auditivos que fueron normales.

Actualmente, tras un año de estimulación en el Centro de Desarrollo y Atención Precoz del Baix Empordá, ha mejorado notablemente, aunque persisten muchos déficits de base ya comentados.



Neumomediastino y enfisema subcutáneo como complicación de bronquiolitis del lactante por virus respiratorio sincitial

Jiménez Martínez, J.; Urgel Lázaro, C.; Ruiz Abascal, R.; Origado Malanala, O.; Jiménez Bustos, J.M.
Servicio de Pediatría Hospital General Universitario de Guadalajara

Introducción: La bronquiolitis aguda es una obstrucción inflamatoria de las pequeñas vías aéreas que cursa como síndrome bronquial obstructivo del lactante, predominando de forma epidémica de diciembre a marzo. La mayor parte de los casos se debe al virus respiratorio sincitial (VRS). Las formas más graves de evolución se observan en pacientes con cardiopatía de base, prematuridad o displasia broncopulmonar.

Caso clínico: Presentamos el caso de una lactante de 3 meses de edad previamente sana que fue ingresada en nuestro hospital por presentar un cuadro respiratorio etiquetado de bronquiolitis. La analítica mostraba leucocitosis con linfocitosis y la radiografía de tórax hiperaireación con atelectasias laminares de lóbulo inferior derecho. Inicialmente se trató con aerosoles de salbutamol y bromuro de ipratropio y metilprednisolona iv, precisando aporte de oxígeno a 3 litros/min para mantener saturaciones de oxígeno del 92%. El cuarto día de ingreso mostró empeoramiento del cuadro respiratorio con aparición de crepitación subcutánea en cuello y pecho. La radiografía de tórax reveló un neumomediastino y enfisema subcutáneo a nivel de cuello. Fue remitida a una unidad de vigilancia intensiva y tratada con aerosoles de salbutamol, bromuro de ipratropio, metilprednisolona iv, amoxicilina-clavulánico iv y oxígeno suplementario a 4 litros/min por cánula nasal. El test de Elisa para VRS en exudado nasal fue positivo. Progresivamente, su estado fue mejorando hasta el alta médica, a los dos semanas del ingreso.

Conclusiones: Presentamos el primer descrito en la literatura de bronquiolitis por VRS en un lactante previamente asintomático y complicado con neumomediastino y enfisema subcutáneo.

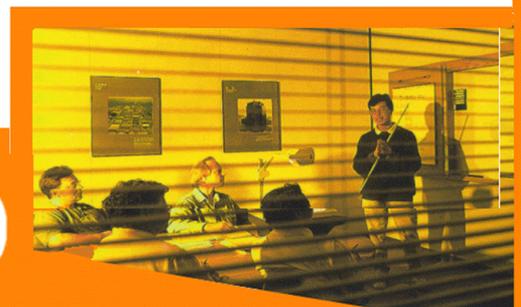
Urgencias respiratorias en la infancia: Características epidemiológicas y relación con factores ambientales

Maldonado Lázaro, Y.; Santos Pala, S.; Dávila González, I.; Moreno Rodilla, E.; Laffond Yges, E.; LorenteToledano, F.
Hospital Clínico Universitario. Departamento de Pediatría. Servicio de Alergología Salamanca

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos que acuden a urgencias con clínica de dificultad respiratoria de vías bajas y comprobar si existe relación entre inicio de la crisis, condiciones meteorológicas y niveles de polinización.

Material y métodos: De las 173 urgencias médicas pediátricas atendidas durante los meses de abril-mayo 1998, se seleccionaron los 68 pacientes que acudieron por dificultad respiratoria de vías bajas. Se registraron los siguientes parámetros: Edad, sexo, antecedentes personales y familiares de atopia, hábitat, hora de inicio de la crisis, hora de llegada a urgencias, niveles de pólenes y factores ambientales prevalentes.

Resultados y conclusiones: La edad estaba entre 1 mes y 13 años, el 61.7% eran varones, un 38.3 refería antecedentes personales de polinosis. Presentaban antecedentes familiares atópicos el 17.6%. En el 95.6% de los casos fumaban en el domicilio. El hábitat era rural en un 77.3%. El 42.6% de los niños estaba diagnosticado previamente de asma. En un 23.5% era la primera crisis. Un 17.6% de los niños acudieron entre las 0 y 8 horas, 29.5% entre las 8 y 16 horas y el 52.9% entre las 16 y 24 horas. Se comenta la relación entre las condiciones meteorológicas y los niveles de pólenes con la frecuencia de asistencia a urgencias por dificultad respiratoria.



Asistencia en urgencias de la crisis de asma infantil

MaldonadoLázaro Y.; Santos Pala, S.; Dávila González, I.; Moreno Rodilla, E.; Laffond Yges. E.; Lorente Toledano, F.
Hospital Clínico Universitario. Departamento de Pediatría.
Servicio de Alergología. Salamanca

Objetivos: Evaluar las características clínicas de las crisis de asma en los pacientes pediátricos que acuden al servicio de urgencias. el tratamiento recibido, el resultado del mismo y el seguimiento posterior del paciente.

Material y métodos: De las 713 urgencias médicas pediátricas atendidas durante los meses de abril-mayo 1998, se seleccionaron los 68 pacientes que acudieron por dificultad respiratoria de vías bajas. Se registraron los siguientes parámetros: Sintomatología, gravedad de la misma, actuación en el servicio de urgencias, tratamiento recibido, resultado del mismo y seguimiento ulterior del paciente.

Resultados y conclusiones: Se objetivaron sibilancias en el 87.6% de los pacientes. El 89.7% presentaba tiraje, disnea al hablar el 5.8%, aleteo nasal del 54.8%, cianosis en 4.4%, se realizó gasometría en 14.8%. Rx tórax en 44.1% no se realizó ninguna determinación de FEM, recibieron tratamiento de urgencias con beta-2 adrenérgicos inhalados el 32.35%, corticoides y beta-2 adrenérgicos inhalados el 44.11% y un 23,2% no recibió medicación. El 27.94% fue dado de alta con el mismo tratamiento, que traía; del 52.94% restante, a un 63.8% se les pauto beta-2 adrenérgicos y a un 33.33% y 2.77% se les añadió un corticoide y nedocromil inhalados respectivamente. El 19.11% requirió ingreso en planta. El seguimiento posterior de los pacientes se realizó en el 55.88% por el pediatra, en el 39.70% por el alergólogo y en un 2.94% por el médico de cabecera.

Estudio descriptivo de la neumonía adquirida en la comunidad en Atención Primaria

Buñuel Álvarez, J.C.; Vila Pablos, C.
Área Básica de Salud Girona 4. Girona

Introducción: Objetivo principal: Determinar la incidencia acumulada (IA) de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en nuestra zona básica de salud. Objetivos secundarios: Establecer características clínico-epidemiológicas, determinar porcentaje de resolución de NAC desde Atención Primaria, describir tratamientos prescritos.

Material y métodos: Se recogieron los 63 episodios de NAC diagnosticados en nuestra zona básica de salud desde el 30 de agosto de 1996 hasta el 1 de septiembre de 1997. Variables recogidas: Edad, sexo, mes, año, signos y síntomas, pulmón afectado, lugar donde se realizó el diagnóstico. porcentaje de ingresos, tratamiento administrado. Estadística: Intervalos de confianza del 95% de las estimaciones realizadas (IC 95%).

Resultados: IA: 39%, episodios en niños menores de 15 años (IC 95%:30-49%), predominio femenino: 54% (IC 95%: 41.7.66.3%). predominio estacional: Otoño-invierno: 68.2% (IC 95%: 56.9.81.3%). signos clínicos más frecuentes: Fiebre: 92.7% (IC 95%: 85.9-99.6%) y tos 68.5% (IC 95% 48.1-71.1), el 88.9% (IC 95%: 81.1. 96.6%) de NAC controladas desde nuestro centro de salud evolucionaron satisfactoriamente. Siete pacientes precisaron ingreso, tratamiento más prescrito: Amoxicilina más ácido clavulánico: 37.3% (IC 95%:24-51%).

Conclusiones: La IA de NAC en nuestro medio es inferior a la de otros países. La mayoría de episodios se resuelven eficazmente desde Atención Primaria.



Buñuel Álvarez, J.C.; Vila Paños, C.
Área Básica de Salud Girona 4. Girona

Introducción: Objetivo principal: determinar en términos monetarios el coste/episodio de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en nuestra zona básica de salud. Objetivos secundarios: Determinar el número y tipo de consultas al pediatra de Atención Primaria (espontáneas, cita previa, urgentes)/episodios de NAC.

Material y métodos: 56 episodios de NAC controlados y tratados en nuestro centro entre el 30-8-96 y 1-9-97. variables: nº consultas espontáneas (CE)/episodios. nº consultas cita previa (CP)/episodio, nº consultas urgentes (CU)/episodio. coste de radiografías (Rx)/episodio. costo de consultas/episodio. coste del tratamiento/episodio, suma total de costes/episodio. Estadísticas: Medidas de tendencia central y dispersión: Media y desviación estándar (DE).

Resultados: nº CU/episodio: 1.44 (DE=1.6), nº CP/episodio=3.14 (DE=1.6); CU/episodio=0.21 (DE=0.46); coste Rx/episodio=5803.52 Pts. (DE=3200); costo total consultas/episodio=2038.62 Pts. (DE=671.43); coste tratamiento/episodio: 2969.3 (DE=2017.9); suma total de costes por episodio: 11.377 (DE=5002.2) Pts.

Conclusiones: El paciente promedio con NAC consulta al pediatra 4.8 veces y hace un gasto medio de 11.377.- Pts./episodio. Es posible disminuir el costo total/episodio disminuyendo el nº de Rx y realizando modificaciones en el tratamiento.

Fernández Pérez, I.; Ceballos Colom, C.; Luzequiza Urbizar - Alcada, A.; García Fernández, J.; Blanco Ros, I.; Font Riffas, A.
ABS Les Planes. San Joan Despí. Barcelona

Objetivos: Identificación de una población de niños asmáticos mediante un programa de dos años.

Material y métodos: Estudio descriptivo elaborado desde mayo de 1996 a abril de 1998, en un ABS urbana. A todo niño de 2 a 15 años con más de dos crisis de sibilancias se le practicó una encuesta familiar y una analítica con IGE total.

Todos recibieron información sobre el asma y control ambiental.

Se les adiestro en el uso de aerosoles con la cámara adecuada a cada edad.

Los mayor es de 6 años recibieron instrucción sobre el manejo del miniespirómetro.

Resultados:

- Sobre 1.700 niños/as se detectaron 90 asmáticos (5.35%). estando en programa 69 (4%). 41 varones y 28 hembras.

- Según la frecuencia de sus crisis (Sociedad Española de Neumología Pediátrica), 46 se consideraron leves, 16 moderados y 7 severos; los últimos recibieron vacuna antigripal anualmente.

- 24 casos no recibieron tratamientos preventivos. 7 casos de ketotifeno oral. 15 cromonas en aerosol, 16 budesonida en aerosol, 14 han recibido inmunoterapia.

- Comprobado los valores de de IGE son mas elevados en el grupo (moderado+severo) respecto al leve ($p<0.0001$).

Conclusiones:

- La aplicación del programa ha permitido identificar y clasificar a nuestros asmáticos.

- Encontramos diferencias significativas de los valores IGE entre los distintos grupos de gravedad.



Estudio prospectivo de las neumonías en un hospital concertado

Borrás Compe, JM^a; Ajram, J.; Armenteras, A.; Cabré, N.;
Pisonero, M^a. J.; Taha, A.
Servicio Pediatría - Hospital Sagrat Cor, Barcelona

Introducción: El ingreso de los pacientes pediátricos en el hospital con neumonía esta en relación con unos criterios tales como la afectación del estado general, fiebre que no cede con antitérmicos y con más de tres días de evolución y alteración analítica.

Objetivos: Es estudiar la prevalencia, tipo, estancia media necesaria y eficacia del protocolo del tratamiento de las neumonías.

Material y métodos: Se han estudiado todos los ingresos con neumonía durante el año 1996 y los meses de enero hasta mayo de 1997.

Se ha creado una base de datos recogiendo: Motivos de ingreso, edad, sexo, localización de la neumonía, alteración analítica, serología respiratoria, tratamiento empírico instaurado y estancia media.

Se han procesado los datos con el programa estadístico SPSS+.

Resultados: Los ingresos por neumonía han sido el 12.8% del total del servicio. El 82% procedentes de urgencias y el 18% remitidos de consulta externa, el motivo de ingreso más significativo ($P=0.0005$) ha sido la fiebre acompañada de tos. El segmento más afectado ha sido el LID, 42%, LII 24.5%, IM 19.2%. L.S.D. 10.5%. LMD 3.6%. Varones 70%, hembras 30%. La serología más frecuente ha sido Mycoplasma Phenumonie 21% del total. La edad más frecuente por debajo de los 5 años. Tratamiento empírico con cefotaima en menor es de 5 años y en mayores amoxi-clavulánico y/o macrólidos. La estancia media 6 días (2 ingresos cursaron con derrame pleural cuya e.m. fue 13 y 20 días).

Conclusiones: Nuestra casuística coincide con los estudios realizados por otros autores en cuanto a la edad etiología y tratamiento. habiendo aplicado estrictamente los protocolos para reducir la estancia media y los ingresos desde urgencias y consulta externa.

Hipotiroidismo adquirido. Estudio epidemiológico de 14 casos

García Morán A.; Piorno, M.J.; Rivero, V.; Cedeño, J.
Departamento de Pediatría, Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos: Valoración de diferentes variables: Ambientales, clínicas, analíticas, en 14 casos de hipotiroidismo adquirido (HA) que acudieron a nuestra consulta.

Material y métodos: Revisadas más de 20 historias de pacientes afectos de HA que han acudido a la consulta de endocrinología pediátrica en el Hospital Universitario de Salamanca, se han seleccionado 14 que cumplen los siguientes requisitos:

- 1.- Haber tenido la consulta entre los años 1987-1997.
- 2.- Tener un TSH elevado en la primera determinación analítica, aunque las hormonas tiroideas fueran normales.
- 3.- Hemos estudiado: Lugar de procedencia, motivo y año de consulta, sexo, edad, peso-talla, analítica.

Resultados: Hemos comprobado como 11 de los casos fueron enviados por su pediatra. predominio del sexo femenino, en 9 casos había un aumento de la glándula tiroidea. en 3 la consulta fue por obesidad. edad de inicio fue en 9 casos prepuberal, aunque en 7 casos los anticuerpos antitiroideos estaban aumentados, los niños estaban asintomáticos.

Conclusiones:

- 1.- El HA es una enfermedad que permanece en muchos casos asintomática.
- 2.- La aparición de nuevos síntomas en niños en edad puberal fundamentalmente, como la obesidad debe obligar a hacer un screening.
- 3.- La sospecha y valoración de este cuadro por el pediatra del centro de salud es fundamental para iniciar el tratamiento precoz.



Raquitismo carencial: Una patología a recordar a propósito de tres casos

Gorina, N.; Uñz, S.; Mairal, J.; López, M.J. Pallarés, J. Rodríguez Alsina, S.
S. *Pediatría. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona*

Los numerosos riesgos de salud en la población inmigrante condicionan la presencia de enfermedades no habituales entre nosotros. Presentamos tres casos de raquitismo carencial, en hijos de padres inmigrantes.

Caso 1. Lactante de 7 meses remitido para estudio de retraso psico-motor. A la exploración destaca megacefalia, fontanela amplia, hipotonía marcada, buen contacto con retraso en adquisiciones motoras. Clínicamente se diagnostica de raquitismo carencial, que se confirma bioquímica y radiológicamente.

Antecedentes: Procedente de Marruecos. Distocia social. No Vacunaciones. Alimentación malreglada.

Caso 2: Lactante de 5 meses que ingresa por bronquiolitis. A la exploración se detecta leve distress respiratorio, retraso ponderal, craneotabes y rodetes epifisarios en muñecas. Se diagnostica clínicamente de raquitismo que se confirma con analítica y radiología.

Antecedentes: Procedente de Marruecos. Sociopatía. No exposición al sol. Lactancia artificial con leche de vaca rebajada.

Caso 3: Niña de 16 meses remitida por su pediatra por sospecha de raquitismo al presentar importante deformidad en varo de ambas tibias. A la exploración se observa dificultad en la marcha por extremo arqueamiento de ambas tibias, discreto rosario costal y rodetes epifisarios. Radiológica y biológicamente se diagnostica de raquitismo.

Antecedentes: Raza negra nacida en España. No sale a la calle ni apenas ha tomado el sol. Alimentación láctea casi exclusiva, con suplemento de patatas y arroz.

Evolución: En los tres casos fue buena. Por sus condiciones sociales se administraron dosis masivas de Vit D3 im. y se dieron normas de vida y alimentación.

Comentarios: Hay que recordar esta patología, ya casi olvidada en Pediatría, y sospecharla en aquellos pacientes con factores de riesgo para la enfermedad cuya sintomatología puede ser variada y poco orientativa.

Galactorrea y ginecomastia en un lactante de tres meses

Martínez Jiménez, AL; Cabrero Muñoz, A.; Delgado López, H[†]
[†]Endocrinología; Fidalgo Álvarez, I.
Hospital del Bierzo, Ponferrada, León

Caso clínico: Niño de 3 meses que presenta ginecomastia y galactorrea bilateral desde el nacimiento.

Antecedentes personales: Recién nacido a término de embarazo y parto normal. Madre 30 años, no enfermedades materna, no uso medicamentos. Peso 3840 g (p75) talla 51 cm (p97). Apgar 9/10.

Desde el nacimiento presenta secreción láctea "leche de brujas" y ginecomastia. A los 3 meses de edad, con peso de 7.700 (>p97), talla 68 cm. (>p97), presenta en la exploración "ginecomastia" mamas de 2 cm de tamaño con pezones hiperpigmentados y "galactorrea" secreción de coloración blanquecina, de características bioquímicas similares a leche.

Cariotipo: 46XY, edad ósea, ecografía cerebral, abdominal, tiroides y resonancia nuclear magnética cerebral normales. Los estudios endocrinológicos para descartar las patologías asociadas a este tipo de manifestaciones fueron normales: HGH 4.7 ng/ml., somatomedina C 36 ng/ml, testosterona libre <0.6 pg/ml, dehidroepiandrosterona 1ng/ml, DHEsulfato <0.1 mcg/ml, hidroxiprogesterona 17 alfa 1.83 ng/ml, HBG beta en suero < 5mU/ml, androstendiona delta <0.2 ng/ml. LH < 0.100 mU/ml, FSH 0.35 mU/ml Estradiol <10 testosterona <0.020 anticuerpos antimicrosomales y antitiroideos negativos.

El paciente siguió presentando galactorrea y ginecomastia bilateral desde el nacimiento hasta los 8 meses de Vida: a partir de los 7 meses de edad la madre deja de manipular las mamas del niño, ya que según ella explica le producía tranquilidad.

Conclusiones: El paciente presenta una galactorrea secundaria probablemente a un estímulo hormonal de prolactina (en límites algo elevadas) supuestamente por la manipulación de los pezones.

Todos los estudios hormonales realizados descartan la presencia de galactorrea de patología endocrinológica. La ginecomastia y galactorrea asociada a "Leche de brujas" es una entidad clínica frecuente en los niños menores de 2 meses: la educación sanitaria y educación materna en los cuidados de las mamas y no manipulación evitaría patologías secundarias de las mismas.

No hemos encontrado en la literatura consultada un caso de similares características que mantenga durante tanto tiempo la galactorrea y ginecomastia.



Papel de la intolerancia a la lactosa en el síndrome del dolor abdominal recurrente

Baizán, J.; Marugán, J.M.; Garda Arias, M.L.; Gómez Mora, M.; Garda, J. F.; Torres, M.C*.

*Centro de Salud José Aguado y Hospital del Insalud. León

Objetivos: Valorar la importancia de la intolerancia a la lactosa en niños con dolor abdominal recurrente (DAR) y sus características clínicas diferenciales.

Material: Estudio retrospectivo de los pacientes enviados para estudio a nuestra Unidad de Gastroenterología Infantil, por un cuadro de DAR en los últimos 8 años (1990-7), definido como tres o más episodios de dolor abdominal significativo, en un periodo de al menos 3 meses. Se analizan los 100 últimos enfermos en quienes se ha realizado un test de tolerancia oral con lactosa, que hubieran finalizado el proceso diagnóstico y control evolutivo.

Métodos: Se diagnostica intolerancia a la lactosa mediante el test de H2 en aire espirado, tras determinación basal y 2 horas tras sobrecarga oral de la misma (2 gr/kg). Se considera el test positivo en caso de elevación de al menos 20 ppm sobre la basal. El seguimiento clínico y pruebas de exclusión/reintroducción de la misma confirman el diagnóstico.

Se comparan las características clínicas del grupo de intolerantes a la lactosa (n=26), con respecto al grupo control, constituido por el resto de niños con DAR (n=74). Utilizamos los test de CHI cuadrado y t de Student para la comparación, respectivamente, de variables cualitativas y cuantitativas, con el programa RSIGMA, considerando como significativa una p<0.05.

Resultados: El test de H2 espirado resultó positivo en el 35% de los casos. Entre ellos, el 16% curó tras la exclusión de lactosa, un 10% mejoró significativamente y en un 9% no se observó ninguna relación con la misma, llegando al diagnóstico de intolerancia a la lactosa en un 26% de niños con DAR. Resulta así un valor predictivo + para el test del 74.28%.

Se comparan múltiples variables clínicas entre ambos grupos, presentando significación estadística solamente la siguientes: En el grupo de intolerantes a la lactosa se observa una mayor proporción de meteorismo (p<0.05). plenitud postprandial (p<0.05) y probable relación de los síntomas con la ingesta de lácteos (p<0.001). Esta última era referida por el 46.1% frente a sólo el 12.1% en el grupo control.

Conclusiones: La intolerancia a la lactosa es una causa frecuente de DAR en la infancia, jugando un importante papel etiopatogénico en la cuarta parte de los casos. El test de H2 espirado es útil como técnica de screening en niños con DAR, dada la poca especificidad clínica que aquélla suele presentar.

Estudio "ABYLA": Lípidos, lipoproteínas y apoproteínas en una población biétnica de 2 a 13 años

Alarcón Ramírez, F.; Díaz Portillo, J.; Vadillo González, F. CAP Benítez. Atención Primaria. INSALUD. Ceuta.

Objetivos: Determinar el perfil lipoproteico y la prevalencia de hipercolesterolemia y otras dislipemias en una población birracial de niños sanos de 2 a 13 años como parte de un estudio más amplio de factores de riesgo cardiovascular en la población infantil de Ceuta.

Diseño: Estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal.

Sujetos: Población de 1.006 niños de 2-13 años de edad, 606 de etnia hispana, 377 de etnia árabe y 23 de otras etnias minoritarias, que acudieron al Programa de Atención al Niño Sano. El perfil lipídico estaba compuesto por la determinación del colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, apoproteína A, y B. Se ha utilizado el test de la t de Student para datos no pareados y el test del ji al cuadrado para comparación de proporciones del programa EPIINFO 6.0.

Resultados: El valor medio hallado para el colesterol total ha sido de 161.7 mg/dl. La población infantil hispana presenta niveles superiores de colesterol total (166.2 ± 30.5 frente a 154.9 ± 28.8 mg/dl; p<0.001) y cLDL (106.1 ± 27.2 frente a 97.1 ± 24.8 mg/dl; p<0.001) que sus homólogos árabes. Sin embargo, las cifras de triglicéridos, cHDL y apoproteína A, son mayores en el colectivo árabe. Los valores de los triglicéridos fueron superiores en las niñas mientras que la apoproteína A, y cHDL son superiores en los niños. La prevalencia de hipercolesterolemia ligera (>180 mg/dl) es del 29.4% en hispanos frente a 18.0% en árabes (p<0.001), hipercolesterolemia intensa (>200 mg/dl) es del 12.0% en hispanos frente a 7.2% en árabes (p<0.05).

Conclusiones: En nuestro medio, en la población infantil de 2 a 13 años de edad encontramos una elevada prevalencia de alteraciones del patrón lipídico, con un comportamiento muy dispar por grupos étnicos. El colectivo hispano presenta una mayor prevalencia de los distintos tipos de dislipemias que sus homólogos árabes, lo que parece indicar que los hábitos dietéticos que diferencian ambas comunidades inducen importantes alteraciones en el patrón lipídico que favorecerían una mayor prevalencia de dislipemias en el colectivo hispano, lo que parece indicar la necesidad de realizar intervenciones urgentes en cuanto a modificar los hábitos dietéticos de nuestra población, con especial hincapié en el grupo hispano.



Efecto de la dieta en los niveles de lípidos, lipoproteínas y lipoperoxidos en niños menores de 2 años

Alarcón Ramírez, F.; Díaz Portillo, J.; Vadillo González, F
CAP Benítez. Atención Primaria INSALUD. Ceuta

La aterosclerosis se inicia en la infancia y, por la intervención de diversos factores, de los que la dieta es el principal factor exógeno, evoluciona durante años para manifestarse clínicamente después de la cuarta década. El consumo de alimentos ricos en grasas saturadas (productos lácteos, huevo o hígado) está muy extendido en la edad pediátrica, formando parte de la alimentación complementaria del lactante. Este consumo es ventajoso por el alto contenido en proteínas, pero la presencia de altas concentraciones de grasas saturadas y colesterol podría tener efectos perjudiciales al modificar el perfil lipoproteico (PL). El objetivo del estudio ha sido comprobar el efecto del consumo de dichos alimentos sobre el PL del lactante durante el segundo año de vida. Para ello se diseñó un estudio transversal con una población de 309 niños de 12-20 meses (186 hispanos y 119 árabes), determinando el PL, colesterol total (CT), triglicéridos (TG), cHDL, cLDL, apoproteína A₁ y B₁ y el grado de lipoperoxidación (TBARS) y su relación con los hábitos dietéticos. La introducción de determinados alimentos modifica el PL del niño, con distinto comportamiento según las etnias. Así, la introducción precoz (<12 meses) de la leche entera de vaca (LEV) produce una disminución de los niveles de cHDL y apo A₁, mientras que un consumo de LEV igual o superior a los 3 meses produce un aumento de CT, cLDL y apo B₁, y se asocia a hipercolesterolemia e hiperLDLemia en la etnia hispana. El consumo de alimentos con alto índice de Connor (hígado y yema de huevo) se relaciona con aumentos de cLDL, hipercolesterolemia e hiperLDLemia, sólo en la etnia hispana. Los niños alimentados con lactancia materna presentan valores similares del PL que los alimentados con fórmulas. Por tanto, una vez introducida la alimentación complementaria, no es posible detectar efecto alguno de tipo de lactancia utilizada sobre el PL. Sin embargo, los niños que fueron amamantados con lactancia materna presentaban niveles de lipoperoxidación inferiores a los que utilizaron fórmulas comerciales, que podría ser una razón más, de las muchas reseñadas en la bibliografía, para recomendar la lactancia materna. Nuestro estudio plantea el papel de la alimentación complementaria en la aparición y mantenimiento de niveles plasmáticos aumentados de CT y de cLDL en niños menores de 2 años; los principales factores podrían ser un aporte elevado de grasa total y colesterol y un índice bajo de la relación ácidos grasos poliinsaturados/saturados. Sin embargo, esta evidencia se basa en un diseño epidemiológico poblacional, donde la relación entre el tipo de alimentación y el PL, aunque estadísticamente significativa, tiende a ser reducida. La nutrición en la primera infancia debe proporcionar un crecimiento y desarrollo óptimos a lo largo de la infancia. Sin embargo, una introducción precoz o un aporte de alimentos con alto contenido en grasa, especialmente grasa saturada y colesterol como LEV, hígado y huevo, puede favorecer la aparición de dislipemias y, por tanto, puede acelerar el proceso de aterosclerosis y contribuir a una enfermedad cardiovascular en la vida adulta.

Formas clínicas de celiaquía en la infancia. A propósito de un caso

Garbayo Solana, J.; Craviotto, R.; Samaranch, F.; Domingo, F.; Pardos, J.; Armengol, A.
Servicio de Pediatría. Área Básica de Balaguer. Lleida.

Introducción: La presentación clínica de la enfermedad celíaca es muy variable. El diagnóstico no puede basarse únicamente en la sintomatología. A través de estudios familiares se demuestra pacientes asintomáticos "enfermedad celíaca muda" con enteropatía y una intolerancia al gluten, pero no presentan síntomas o éstos son menores y/o atípicos.

Objetivos: Presentación de un caso de anemia ferropénica en una niña de 8 años con un buen desarrollo poderal hasta la actualidad.

Caso clínico: Se trata de una niña de 8 años de edad que en el control habitual se detecta palidez de mucosas, por lo que le recomienda una analítica de control, detectando anemia microcítica que no responde al tratamiento de suplementación de hierro.

Antecedentes familiares: Padre con hemiplejía tras accidente. Madre hipertensa bajo control. Una tía materna con síndrome de Down.

Antecedentes patológicos: Enfermedades catarrales simples. Adenoidectomía y drenajes a los 4 años.

La exploración física demuestra un buen desarrollo pondero-estatural y psicomotor en la actualidad. Sin otros datos de interés.

Pruebas clínicas:

Análisis de sangre y controles: Anemia microcítica con reticulocitosis.

Análisis de heces: No sangre oculta. Los productos de digestión normales (ligera esteatorrea). No amiloidosis.

Anticuerpos antigliadina Ig A: Positivos Antiendomiso (negativos).

Biopsia Intestinal: Atrfia vellositaria hiperplásica con hiperplasia de criptas.

Intolerancia al gluten: Supresión introducción.

Conclusiones: Para la detección de formas mudas de enfermedad o con síntomas menores y no específicos, las pruebas serológicas determinan el momento oportuno para una confirmación mediante biopsia.



Asencio, M^a.J.; Ballezá, M^a.; Coppulo, M^a.E.; Cubero, E.; Mola, I.; Verdaguer, J.
Cap St. Llúzer. Consorci Sanitari de Terrassa

Objetivos: Determinar la edad de la menarquia (EM) en las niñas de la población de Terrassa inscritas en nuestro centro de Atención Primaria y relacionarla con los parámetros somatométricos de peso (P), talla (T) e índice de masa corporal (IMC) correspondientes. Comparar la EM con la edad de la menarquia materna (EMM) y talla materna (Tm).

Material y métodos: Información de la EM y EMM de 156 niñas y madres. Cálculo sobre el gráfico de crecimiento de P, T y IMC en ese momento y medición en la consulta de la Tm.

Distribución en cuatro grupos según EM: G1 (11-12 años), G2 (12-13 años), G3 (13-14 años) y G4 (>14 años).

Estudio estadístico transversal de los valores medios y desviaciones estándares de EM, P, T, Tm y IMC por grupos y en el total.

Relación de EMM y Tm según EM de las hijas.

Distribución de Tm de 10 en 10 cm. en relación con EM y EMM.

Resultados: Se exponen en el siguiente cuadro la distribución por grupos según Em, P, T, IMC, EMM y Tm en cuanto a sus valores medios y en el total.

Conclusiones:

1º De los tres parámetros somatométricos estudiados, el IMC representa la variable más constante en los cuatro grupos, fluctuando alrededor de 20.

2º La EMM media (12.40) es muy similar a la EM media (12.35) del total, interpretándose como una tendencia a frenar la aceleración secular.

3º Las madres más altas (> 160 cm) son las de EMM más tardía y a su vez corresponden con las niñas de maduración más retrasada.

Galiñá, E.; Cantero, P.; De Diego, E.; Sandoval, F.
H.N.U.M.de Valdecilla. Santander

El ovario es el órgano que produce una mayor cantidad de variedades histológicas tumorales. Los tumores más frecuentes son los teratomas, que se originan de células pluripotenciales y reproducen tejidos de las tres capas germinales.

Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal y masa abdominal palpable. Las complicaciones, que en muchas ocasiones son la primera causa de consulta, son la torsión, la rotura y la hemorragia. La exploración clínica y estudios complementarios nos permitirán diagnosticarlos, siendo el tratamiento en todos los casos quirúrgico.

Queremos presentar el conjunto de pacientes intervenidos en nuestro servicio durante el trienio 1995-98 por tumoraciones ováricas, valorar sus manifestaciones clínicas, tratamiento, complicaciones y evolución a largo plazo.

Conclusiones:

- Las formas clínicas de presentación de una tumoración ovárica son el abdomen agudo por torsión y el aumento del perímetro abdominal por crecimiento progresivo.

- La exploración clínica y la sintomatología sugieren el diagnóstico, siendo en general el estudio ecográfico el que lo confirma.

- El tratamiento es quirúrgico en todos los casos.

- Los teratomas ováricos suponen la gran mayoría de los casos que presentamos, precisando en su valoración y seguimiento determinaciones de alfa-fetoproteína y beta-HCG.



Valoración diagnóstica de la ecografía renal en las malformaciones nefrourológicas en niños

Feliu, A.; Escribana, J.; Salvada, O.; Alfonso, J.; Garola, D.; Espax, R.
Serv. Pediatría. Hospital Universitario ST. Joan de Reus

Objetivos: Determinar la capacidad de la ecografía renal en el cribaje de las malformaciones urológicas en niños afectados de infección urinaria

Material y métodos: Se estudiaron un total de 98 niños afectados de infección del tracto urinario y patología malformativa asociada. Los estudios de imagen realizados de forma sistemática fueron: Ecografía abdominal, CUMS, estudio isotópico con DMSA y UIV o renograma en casos seleccionados.

Resultados: De los 98 individuos estudiados, 60 eran niñas y 18 niños. Se contabilizaron un total de 131 unidades renales patológicas. Existían 86 riñones con reflujo vesículo-ureteral (13 grado I, 21 grado II, 40 grado III, 10 grado IV y 1 grado V). La ecografía renal detectó anomalías en el tracto urinario en el 34% de estos riñones.

En 28 riñones existía patología obstructiva (7 megauéteres primarios, 17 estenosis pieloureterales, 1 ureterocele y 3 estenosis uretrales). También se detectaron tres agenesias renales, una ectopia renal cruzada, un riñón en herradura, nueve duplicidades renales y tres vejigas con divertículos. La ecografía renal detectó hidronefrosis en el 100% de la patología obstructiva. Fue sensible, asimismo, en localizar duplicidades y ectopías renales, aunque no detectó la patología vesical o uretral.

Conclusiones: La ecografía renal es un buen método diagnóstico para el cribaje de la patología obstructiva de vías urinarias, aunque es muy poco sensible ante el reflujo vesículo-ureteral (principal patología malformativa de la vía urinaria). Por tanto, para descartar patología de vías excretoras en niños con infección urinaria es imprescindible asociar una CUMS al estudio ecográfico.

Tumoración cérvico-mediastínica: Presentación clínica y diagnóstica

Cañedo Hernández, C.; Álvarez Aparicio, E.; Martínez Castro, E.; Piomo, M.J.; Rivero Rubio, V.

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca

Introducción: Ante tumoraciones cervicales hay que realizar examen clínico y estudios complementarios para hacer diagnóstico diferencial con otras masas.

Caso: Niño de 6 años de edad, remitido a la consulta de endocrinología ante la sospecha de una masa tiroidea de seis meses de evolución.

Exploración: Tumoración en región anterocervical izquierda de consistencia elástica, bordes indefinidos, no adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios, con aumento de la red venosa del cuello y hemitórax superior homolateral.

Estudios complementarios: Analítica y hormonas tiroideas normales. Anticuerpos tiroideos negativos; ecografía cervical: Imagen quística que contactó con lóbulo tiroideo izquierdo; gammagrafía tiroide normal; radiografía cérvico-torácica: Aumento de densidad en región laterocervical izquierda con ensanchamiento de mediastino superior TAC y RMN cérvico-torácica: Lesión quística que se extiende desde hueso hioides hasta mediastino superior, a la altura del cayado aórtico.

Intervenciones: Extirpación quirúrgica de la tumoración y estudio anatómico-patológico, apreciándose una formación quística alargada con cavidad tapizada por epitelio y pared constituida por tejido fibroso, inflamatorio, cristales de colesterol y tejido tímico circundante con corpúsculos de Hassal.

Comentarios: Las técnicas de diagnóstico por imagen aportan información valiosa sobre las relaciones anatómicas, extensión y naturaleza quística de la tumoración, pero no sobre su origen tímico, siendo fundamental para el diagnóstico el estudio histológico.



Seguimiento evolutivo de 23 recién nacidos prematuros afectos de retinopatía

Mendoza Olvares, N.; Pérez González, E.; Fernández.Palacios, R.
Fernández Físcer P.; Márquez Luque, A.; Ramos Sánchez, J.
Servicio de Pediatría Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Evaluar la evolución neuro-sensorial de 23 recién nacidos prematuros tras varios años de seguimiento y la agudeza visual resultante tras el tratamiento con crioterapia y/o láser, relacionando el grado de afectación visual con diversos parámetros pre-perinatales y evolutivos.

Material y métodos: Seleccionamos todos los prematuros afectos de retinopatía tratados y controlados por el Servicio de Oftalmología y en seguimiento madurativo en los 10 últimos años; para valorar la agudeza visual utilizamos los test de Snellen, Pigassou, TMP (Teller Acuity Cards), PPL y PL (percepción y proyección física, exploraciones neurológica. tests psicométricos (Brunet-Lezine, para cociente de desarrollo) y escalas de McCarthy (aptitudes y psicomotricidad).

Resultados: Los pacientes (11 niños y 12 niñas) presentaron una media de peso al nacimiento de 1071 gr (± 235 gr) y una edad gestacional de 196.7 días. co" rango de 161 a 231 días. Se aplicó tratamiento (crioterapia a 20 niños y láser a tres), tras el cual un 60.9% de los casos presentaron ortoforia. con buena agudeza visual.

La edad media del último control fue de 30 meses.

Las secuelas neuromotoras se consideraron graves en cinco casos (21.7%) moderadas en cuatro casos (17.4%), menores en un caso y con anomalías transitorias en el 52% 12 niños (52%) necesitaron estimulación precoz.

Conclusiones: Encontramos que los recién nacidos de más bajo peso alcanzan de forma significativa una menor agudeza visual, así como un mejor pronóstico en aquellos niños con retinopatías grado I-II.

Técnicas reflejas en el tratamiento de trastornos funcionales en el recién nacido

Sarguino Fabre, J.C.; Pérez Quintero, JA.; González Huambos, S.;
González-Meneses, A.
Sección Neonatología. Servicio de Pediatría.
H.U.Virgen Macarena Sevilla

Objetivos: El recién nacido presenta una serie de alteraciones funcionales en la fase de adaptación a su nuevo ambiente, que son fuente potencial de ansiedad para la familia. Valoramos la aceptación y eficacia del empleo de terapias reflejas en estas circunstancias.

Material y métodos: 18 recién nacidos sanos (10 grupo estudio. 8 Grupo Control) cuya familia requiere la intervención del pediatra por alteraciones funcionales. Empleamos masaje en zonas reflejas según esquema de terapias Su-Yok y masaje metamórfico en grupo de estudio.

Resultados: Consulta: Llanto, estreñimiento, alteraciones del sueño, alteraciones en la alimentación. Madre: Primípara o múltipara con hijos mayores. Deficiente apoyo familiar. No diferencias respecto a edad o nivel socioeconómico y cultura. 80% buena aceptación de la terapia. Resolución del problema: Grupo estudio 70%. grupo control, 50%. Mejoría: Grupo estudio 20%. grupo control 25%. Sin cambios: Grupo estudio 10%. grupo control 25%.

Conclusiones: La adecuada explicación de lo que está sucediendo mitiga la ansiedad de la familia y mejora el problema. El empleo de terapias reflejadas potencia dicha mejoría.



Causa rara de dolor abdominal: Nefroma mesoblástico congénito

Fernández-Palacios García R.; Pérez González. E.; Mendoza Olivares, N.; González Hachero, J.
S. de Pediatría. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: La masa abdominal es el más frecuente en distintas tumoraciones que cursan en la primera infancia. El nefroma mesoblástico congénito (NMC) es la neoplasia renal más común del período neonatal. y hasta el tercer mes de vida, siendo su principal diagnóstico diferencial, entre otras entidades. el tumor de Wilms.

Material y métodos: Presentamos dos casos de NMC diagnosticados en un varón recién nacido pretérmino de peso adecuado y otro varón de dos meses con antecedentes de recién nacido a término y peso elevado. Ambos cursaron con masa abdominal en hermiabdomen izquierdo y derecho, respectivamente. El segundo caso presentó también hipertensión arterial e infección urinaria. Ambos siguieron una evolución favorable tras tratamiento con ureteronefrectomía.

Resultados y conclusiones: El NMC es la segunda neoplasia benigna en frecuencia del neonato. tras el teratoma sacrocoxígeo. Atener en cuenta como entidad de pronóstico favorable entre los procesos más frecuentes que cursan con masa abdominal en el recién nacido.

Esferocitosis hereditaria. Diagnóstico diferencial de las Anemias Hemolíticas en Atención Primaria.

Poyato Domínguez, J.L.; Sánchez Espejo, M. Mar.
Centro de Salud de Montilla. Córdoba

Introducción: Las anemias hemolíticas comprenden un grupo numeroso de anemias. motivado por una excesiva destrucción sanguínea, de causa muy diversa. pero con el hecho común de un acortamiento de la vida media eritrocitaria.

En la clínica destaca la triada de palidez, ictericia y esplenomegalia.

En laboratorio mostrará anemia normocrómica, aumento de la bilirrubina e hipersideremia, entre otros hallazgos.

En el curso de las anemias hemolíticas aparecen crisis aplásicas que actualmente son atribuidas a infecciones intercurrentes por parvovirus, al menos en su mayor parte.

Caso Clínico: Niña de 3 años de edad que presenta de forma brusca crisis de palidez intensa, ictericia, fiebre alta. dolor abdominal y afectación del estado general.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales: Ictericia neonatal que cedió espontáneamente (catalogada de fisiológica más reforzamiento por lactancia materna).

Se remite a hospital de referencia, donde se diagnosticó de esferocitosis hereditaria.

Ésta es una enfermedad de origen genético, autosómica dominante con una incidencia de 1/5000 y en el 25% de los casos no es posible encontrar antecedentes familiares.

Motiva una anemia hemolítica crónica, presencia de hematíes redondeados (esferocitos) y resistencia osmótica disminuida. Se acepta que la membrana del eritrocito es defectuosa, pero se discute el carácter del efecto.

Discusión: La esferocitosis hereditaria es una anemia hemolítica encuadrada dentro del grupo de eritropatías hemolíticas con anomalía morfológica. El pediatra de Atención Primaria debe saber orientar el diagnóstico de este tipo de anemias, ya que en ocasiones cursan de forma solapada, debiendo sospechar su presencia.

En este trabajo se intenta hacer una clasificación clara esquemática de dichas anemias.



Síndrome de Rett. Experiencia en Atención Primaria.

Poyato Domínguez, J.L.; Sánchez Espejo, M.Mar.
Centro de Salud de Montilla. Córdoba

Introducción: El síndrome de Rett es un trastorno que debe reunir los siguientes criterios diagnósticos según el DSM-4

1º: Todas las características siguientes:

- Desarrollo prenatal y perinatal normal.
- Desarrollo psicomotor normal los primeros cinco meses.
- Circunferencia craneal normal al nacimiento.

2º: Aparición de las siguientes características después del período de desarrollo normal:

- Desaceleración del crecimiento craneal.
- Pérdida de habilidades manuales intencionales.
- Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno.
- Mala coordinación de la marcha o del movimiento del tronco.
- Desarrollo del lenguaje gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Caso clínico: Exponemos la historia natural de una niña con síndrome de Rett que actualmente tiene 9 años de edad.

Presenta antecedentes obstétricos sin interés. Desarrollo psicomotor de los primeros 7-8 meses aparentemente normal. A los 9-10 meses comienza con pérdida de habilidades manuales adquiridas. Afectación del habla de forma clara a los 2 años. A los 2.5 años aparecen movimientos estereotipados de las manos. A los 3 años presenta un evidente retraso psicomotor con ataxia de la marcha presentando un claro retraimiento y un evidente desinterés social. El diagnóstico fue hecho a los 2 años de edad.

Actualmente tiene 9 años, presenta un grave retraso psicomotor, espasticidad severa, escoliosis y discreto retraso del crecimiento, no presentando crisis epilépticas.

Discusión: El síndrome de Rett presenta una incidencia en una de cada cien mil niñas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y es un trastorno que el pediatra de Atención Primaria debe reconocer para una buena orientación diagnóstica y terapéutica.

Perfil psicopatológico en el síndrome de Gilles de la Tourette

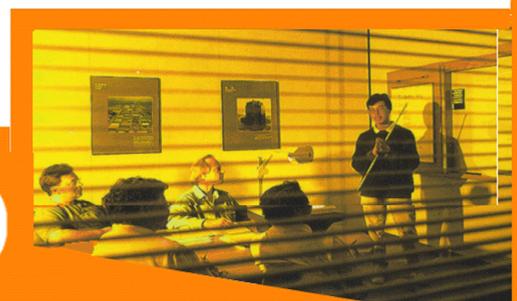
*Mir, I.; *Bermúdez, J.; *Grau, R.; *Romera, F.; ***Arigas, J.
*ABS Can Oriach, **ABS Can Deu, *** Unitat de Neuropediatria.
Hospital de Sabadell. Sabadell

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) se define por la presencia crónica de tics motores múltiples y tics vocales. Sin embargo, las manifestaciones psicopatológicas de dicho trastorno desbordan ampliamente el concepto de SGT como enfermedad que se manifiesta exclusivamente con tics. Los pacientes con el SGT suelen presentar manifestaciones comórbidas que en ocasiones son más importantes que los propios tics o incluso pueden ser la única manifestación del trastorno. Con el fin de aproximarnos al conocimiento del fenotipo conductual de los niños y niñas afectados de SGT, se ha realizado un estudio multicéntrico utilizando el Child Behavior Checklist 4/18 (CBC).

Material y métodos: Se solicitó a las madres de 32 pacientes afectados de SGT, según criterios del DSM-IV, que respondieran al CBC. Se utilizó un grupo control de 120 niños escogidos aleatoriamente en las áreas básicas, con distribución por edad y sexo comparable al grupo de pacientes. Se comparó la proporción de niños con puntuación superior a los límites normales para cada escala mediante la prueba de chi cuadrado. También se comparó con el grupo control la respuesta a cada uno de los 113 ítems del CBC, con el fin de conocer cuáles eran las conductas más relevantes en el grupo de SGT.

Resultados: Los pacientes con SGT mostraban una mayor proporción de individuos que puntuaba por encima de los límites en las escalas de: Aislamiento, trastornos somáticos, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención y conducta agresiva. La escala en la cual había más pacientes con puntuación alta fue la de problemas de atención. El estudio comparativo de cada ítem en particular puso de manifiesto que el grupo de SGT presentaba con una elevada significación estadística numerosas conductas relacionadas con problemas de atención, hiperactividad, impulsividad y conducta obsesivo-compulsiva.

Conclusiones: Es preciso tomar en consideración el espectro de trastornos conductuales y cognitivos que suele acompañar al SGT. Según nuestro estudio mostraron tener una importante



Cefaleas, primer síntoma del pseudotumor cerebral

Pérez González, E.; Fernández-Palacios, F.; Morales Horrillo, F.;
González Hachero, J.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Destacar la cefalea como síntoma fundamental de este cuadro, en el que hay que pensar ante una cefalea persistente. Es un proceso benigno en la mayor parte de los casos, pero en el que es prioritario hacer diagnóstico diferencial con los procesos ocupantes de espacio intracraneales.

Material y métodos: Estudio descriptivo de dos casos clínicos:

Caso 1: Varón de 13 años que ingresa por cefalea occipital, vómitos reiterados, cervicalgia y diplopía de dos semanas de evolución. A la exploración, ptosis palpebral izquierda con estrabismo convergente izquierdo, parestesias en la hemicara izquierda y en 4º y 5º dedos de la mano del mismo lado. Dolorimiento a la movilización cervical y trapezoidal hiporreflexia tendinosa y marcha inestable. Resto de la exploración normal. Peso >P 97. talla >P 97.

Caso 2: Mujer de 10 años de edad que consultó por cefalea frontal continua de 15 días de evolución, co^o discreta fotofobia y vómitos aislados. Exploración por órganos y sistemas normal. Tanner S 2. P 3.

Resultados: En ambos casos se objetivó edema de papila bilateral, siendo los estudios de imagen previos normales y descartándose diversas patologías en las que la hipertensión craneal puede estar presente. Se realizaron sucesivas punciones lumbares evacuadoras, siendo el LCR hipertenso, pero sin anomalías analíticas, que normalizaron la presión del LCR, desapareciendo la clínica.

Conclusiones: El pediatra extrahospitalario tiene que pensar en esta entidad en el diagnóstico diferencial de la cefalea, porque el diagnóstico precoz evitará que el papiledema se cronifique, dado el riesgo de pérdida visual que éste comporta, así como para informara la familia que se trata de un proceso que con el tratamiento adecuado se consigue su curación.

En ninguno de los casos pudo objetivarse una etiología del proceso, aunque factores desencadenantes pudieran ser la obesidad, en el caso 1. o el desarrollo puberal. en el caso 2. Es de destacar la atipicidad del cuadro en el primer caso. presentándose con cierta focalidad, que hizo más difícil el diagnóstico.

Efectividad del tratamiento antibiótico ambulatorio en niños con enfermedad meningocócica

Morant Gimeno, A.; Díez Domingo, J.; Gimeno Cardona, C.; Domínguez Márquez, J.; Pereira Berenguer, T.; Brines Solanes, J.
Unitat D'Investigació Trinitat, Valencia

Objetivos: Analizar la efectividad de la administración ambulatoria de antibiótico previa al ingreso en la enfermedad meningocócica en niños de la Comunidad Valenciana (CV).

Población y métodos: Sistema de vigilancia epidemiológica prospectivo en todos los hospitales públicos de la CV. Se considera caso todo niño menor de 15 años con sospecha clínica de EI y co^o: 1) aislamiento e identificación de N. meningitidis en el cultivo de un líquido orgánico normamente estéril; 2) determinación de antígenos capsulares positiva con una tinción de gram compatible y 3) diagnóstico clínico de EI por N. Meningitidis.

Resultados: Durante dos años se detectaron un total de 157 casos de EI por N. meningitidis. En 143 se conoció la administración previa de antibiótico; de éstos, el 24.5% habían recibido antibiótico antes del ingreso. En ningún caso fue penicilina o cefalosporinas parentales. La administración de antibióticos orales previa al ingreso hospitalario disminuye la probabilidad de aislamiento bacteriológico ($P < 0.001$) y no modifica la supervivencia ($p = 0.66$).

Conclusiones: La administración de antibióticos orales, no adecuados para el tratamiento de la enfermedad meningocócica, no mejora la supervivencia y sí dificulta el aislamiento bacteriológico. con la consiguiente repercusión en los estudios clínicos y epidemiológicos.



Viabilidad del control domiciliario en patologías pediátricas crónicas

Ríos Laorden. J.; Deves Sánchez. B.
Complejo Hospitalario.Albacete

La atención continuada de la patología neurológica crónica puede ser mantenida dentro del entorno de la propia familia con un mínimo coste social y la colaboración de los agentes sanitarios; la encefalopatía supone la asunción por parte de la familia de una decisión que discurre entre un mantenimiento en régimen de institución cerrada hasta la asunción completa por parte de la familia de todos los cuidados con apoyo pediátrico domiciliario.

Se presenta la historia de E.P.I., varón de 11 años con retraso psicomotor profundo en situación de dependencia para todas las actividades de la vida diaria (índice de Katz F), cuidado íntegramente en su domicilio con el apoyo de visita facultativa al mismo de forma programada ya demanda (teléfono de contacto).

El estudio del caso se aborda desde los últimos seis años en lo que podría resumirse la historia de acontecimientos con los siguientes episodios: A.P. embarazo y parto normales. Convulsión a raíz de la 20 dosis de D.T.P.. co" diagnóstico de epilepsia mioclónica y retraso psicomotor; a los 7 años. status convulsivo con ingreso en UCIP que le aboca a desconexión con el medio y tetraparesia, con atrofia cerebral importante. Ha requerido cuatro visitas al servicio de urgencias hospitalario. una úlcera de decúbito auricular y un ingreso por neumonía.

En la actualidad, E.P.I. se encuentra desconectado del medio en situación estable, con BEG, datos antropométricos en $pc < 3$, hipertrofia gingival y tetraparesia espástica; con fisioterapia domiciliar realizada por sus familiares; alimentación oral semisólida con aportes nutritivos proteico-vitamínicos; anticomiciales; no ha requerido ingresos hospitalarios en los últimos 24 meses, ha mantenido tratamiento antibiótico en dos ocasiones durante los últimos seis meses y mucolíticos-broncodilatadores. en cuatro. No presenta actualmente úlceras de decúbito. Recibe visitas del facultativo en su domicilio aproximadamente una al mes y suelen solicitar demanda de atención a petición propia una vez cada dos meses. No está controlado actualmente en ninguna consulta externa especializada.

Estrategia en la identificación y clasificación de los niños de riesgo social

Hernández Martínez, M.R.; Fernández de Velasco Galán. J.J.; Pastor Sánchez-Cosío.M.T.
Centro de Salud de Camas. Sevilla

Objetivos: En el Programa de Niño Sano nos planteamos la identificación, captación y clasificación de los niños de riesgo social, según el número de factores de riesgo asociados y la repercusión de éstos en el bienestar del niño.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal sobre los 316 nacidos en 1996 en la zona básica de Camas. Para identificar y captarlos se utilizó: Programa de embarazo, listado de nacidos. historia familiar, historia personal y trabajo social. Se clasificaron en riesgo social. medio y alto, tras seguimiento y control en consulta de niño sano y demanda, basándonos en el número e importancia de los factores de riesgo (madre joven, familia disociada o monoparental, problemas económicos. toxicomanías. malos tratos, privación afectiva, hijos de feriantes).

Resultados: Se captaron los 28 niños identificados como de riesgo social, que supone el 8.86% de los nacidos, siendo 15 (53.5%) de riesgo social bajo, 7 (25%) de riesgo social medio y 6 (21.5%) de riesgo social alto; su seguimiento en consulta de niño sano fue del 87%.

Conclusiones: La coordinación en el programa materno-infantil (matrona, médico de familia, pediatra y trabajador social) facilita la identificación, captación y seguimiento de los niños de riesgo, sobre todo los de alto riesgo social, por ser los que más ausencias tienen a los programas de vacunación niño sano.



