

MUSICOTERAPIA PARA RECIÉN NACIDOS  
PREMATUROS EN CUIDADOS INTENSIVOS  
NEONATALES

**Standley JM.**

*Acta Pediatr Esp* 2001; 59: 623-629.

---

En los países desarrollados, la mayor supervivencia de recién nacidos prematuros (RNP) cada vez con menor edad gestacional, hace que tengan que permanecer en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) durante semanas o aún meses, sometidos a numerosas fuentes de estrés (ruidos, luz, dolor, etc...).

La autora basándose en la observación de que la voz de la madre y las canciones de cuna cantadas por ésta en el último trimestre del embarazo tranquiliza al recién nacido, estudia el efecto de la música suave y relajante y las nanas grabadas con la voz de la madre, para reducir el estrés, tranquilizar y calmar a los RNP ingresados en la UCIN.

Encuentra que la música es un complemento muy útil a los cuidados médicos del RNP, disminuyendo el estrés, aumentando el crecimiento, favoreciendo el alta hospitalaria y mejorando los vínculos entre la madre y el recién nacido.

RELACIÓN ENTRE DEFECTOS DEL TUBO  
NEURAL Y USO DE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO  
FÓLICO DURANTE EL EMBARAZO

*Neural tube defects in relation to use  
of folic acid antagonists during  
pregnancy.*

**Hernández-Díaz S, Werler M, Walker A  
and Mitchell A.**

*Am J Epidemiol* 2001; 153(10):  
961-967.

---

El objetivo de este estudio es aportar evidencia sobre la influencia de la exposición periconcepcional a fármacos antagonistas del ácido fólico (AAF) en las malformaciones por defecto de cierre del tubo neural (DCTN): espina bífida, anencefalia y encefalocele.

Para ello, obtienen datos de un megaestudio longitudinal, que entrevista a madres de recién nacidos (RN) malformados de 7 grandes áreas metropolitanas de la costa este de EEUU y Canadá. Desarrollan un diseño de casos y controles con datos del periodo 1976-1998. Los casos son 1242 RN con DCTN; los controles, 6600 RN con otras malformaciones sin DCTN. También incluyen otros 2 grupos secundarios de controles: 1626 RN sanos y 2138 con alteraciones cromosómicas o mendelianas, para controlar ciertos sesgos que explican en la dis-

cusión. La variable independiente es la exposición materna a AAF, considerando expuestas a las que se medicaron con alguno de estos fármacos durante los 2 primeros meses de amenorrea. Calculan el riesgo de DCTN obteniendo las odds ratio con intervalo de confianza del 95% y ajustando para múltiples posibles variables de confusión.

Entre las conclusiones que surgen del análisis de los resultados, destacan: 1) El uso de algún AAF periconcepcional, duplica el riesgo de tener un RN con DCTN, que en general es de 1/1000. 2) El riesgo es cuádruple si el agente usado era trimetoprim-sulfametoxazol y 6 veces el basal con carbamazepina. 3) El efecto de otros AAF, estudiados individualmente, como fenitoína, fenobarbital, valproato... no resulta valorable, dado el escaso tamaño de los subgrupos expuestos obtenidos. 4) El uso de ácido fólico, durante el periodo crítico, reduce el riesgo en general y también, aunque en menor grado el asociado a los AAF.

#### ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE

**Vall O y García O.**

*Bol Pediatr* 2001; 41: 325-331.

(Disponible a texto completo en: [www.sccalp.org/boletin\\_178.htm](http://www.sccalp.org/boletin_178.htm))

Compilación escrita de la ponencia

presentada en la Mesa Redonda sobre Pediatría Social, organizada por la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP) en noviembre de 2001 en Valladolid. Los autores exponen la experiencia del Servicio de Pediatría del Hospital del Mar, que atiende a una buena parte de la población inmigrante multiétnica del área de Barcelona.

Comentan inicialmente los resultados de un estudio descriptivo de morbilidad comparada y luego proponen algunas pautas prácticas de actuación, incluyendo diferentes pruebas de cribado según el país de origen, así como un calendario de vacunas, según edad, para niños sin inmunización previa.

MALTRATO FÍSICO EN MUJERES, ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO  
*Physical abuse of women before, during, and after pregnancy.*

**Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA and Moracco KE.**

*JAMA* 2001; 285: 1581-1585.

Estudio original, cuyo objetivo es indagar sobre la prevalencia y patrones de presentación de los malos tratos a mujeres en el periodo postparto, con relación a antes y después del embarazo. En el contexto del programa de vigilancia del riesgo perinatal, que desarrollan en

Carolina del Norte (EEUU), realizaron una encuesta, telefónica y por correo, a una muestra de 3.542 mujeres tomada del registro estatal de nacimientos, entre 1997-98. Un 75% respondieron; las pérdidas se distribuyeron con mayor frecuencia en los grupos de menor nivel socioeconómico. Se solicitó información sobre maltrato físico durante 3 periodos diferenciados: 12 meses antes de la gestación, durante la misma y en el postparto (periodo medio de seguimiento 3,6 meses). Calcularon las odds ratio (OR), con intervalo de confianza (IC) del 95%, para cuantificar el riesgo de maltrato en periodos subsecuentes en función de su presencia en los anteriores. Para las variables cualitativas socio-demográficas utilizaron el test del  $\chi^2$ .

El análisis de los resultados muestra una prevalencia de maltrato físico de 6,9% (IC 95%, 5,6-8,2), durante el periodo anterior al embarazo, de 6,1% (IC 95%, 4,8-7,4) durante la gestación y de 3,2% (IC 95%, 2,3-4,1) para el periodo posterior al parto. Los malos tratos durante el periodo previo actúan como un potente factor de riesgo de maltrato posterior: OR= 38 (IC 95%, 5,8-247,3). Al contrario: la ausencia de maltrato antes del embarazo actúa como factor de protección del maltrato gestacional y puerperal. En cuanto a la intensidad de las

agresiones, se observa que un 75% presentaban lesiones, la mitad de ellas severas, aunque sólo un 23% solicitaron atención médica por ellas. El agresor era con mayor frecuencia, 65-75%, la propia pareja y en un 15% otro familiar. En las variables sociodemográficas analizadas, se encuentra asociación significativa entre madres solteras, jóvenes, con escasa renta y nivel educativo y presencia de maltrato en general, sin hallarse diferencias entre los diferentes subgrupos temporales, pre, peri y postgestacional.

Como dato de interés, no se hallan diferencias en el número de visitas de control del niño sano que realizan las madres sin y con maltrato, por lo que la consulta pediátrica se propone como marco de gran valor para la detección de este problema.

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS CORTOS FRENTE A TRATAMIENTOS DE DURACIÓN CONVENCIONAL EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA BAJA EN NIÑOS  
*Short-course versus conventional length antimicrobial therapy for uncomplicated lower urinary tract infections in children: a meta-analysis of 1279 patients.*

**Tran D, Muchant DG, Aronoff SC.**

*J Pediatr* 2001; 139: 93-99.

La duración óptima del tratamiento antibiótico de las infecciones urinarias bajas no complicadas (ITUb) no está definitiva-

mente establecida. En el caso de los adultos está bien establecido que los tratamientos antibióticos cortos (dosis únicas o hasta 4 días de duración) son tan efectivos y seguros como los tratamientos convencionales (5 ó más días de duración). Las ventajas de los tratamientos cortos son evidentes y por tanto sería de gran interés reunir suficientes evidencias de su eficacia en el tratamiento de las ITUb en niños como para establecer sin lugar a dudas esta recomendación.

El presente estudio es un meta-análisis con el objetivo de comparar la eficacia de estos dos esquemas de tratamiento en niños con ITUb. Se revisan 517 citas bibliográficas, de las cuales se seleccionan 22 ensayos que reúnen ciertos requisitos metodológicos mínimos.

Demuestra que globalmente hay diferencias significativas entre la eficacia de los tratamientos de duración convencional y los tratamientos cortos, a favor de los primeros. Cuando se consideran por separado los distintos antibióticos, encuentran que los tratamientos con dosis únicas o de corta duración con amoxicilina son de inferior eficacia a los de duración convencional. En el caso de cotrimoxazol, por el contrario, los tratamientos cortos pueden ser tan eficaces como los de duración convencional.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LA DEXAMETASONA ORAL CON LA PREDNISONA ORAL EN EL ASMA PEDIÁTRICO AGUDO

*Comparative efficacy of oral dexamethasone versus oral prednisone in acute pediatric asthma*

**Qureshi F, Zaritsky A and Poirier MP.**

*J Pediatr* 2001; 139:20-6

El objetivo de este estudio prospectivo y randomizado fue determinar si 2 días de tratamiento con dexametasona oral (DEX) eran más efectivos que 5 días con prednisona oral (PRED) en mejorar los síntomas y prevenir las recaídas en niños con asma agudo. El estudio se hizo en el departamento de urgencias de un hospital pediátrico, en niños de 2 a 18 años, con crisis aguda de asma. La PRED se administró a 2mg/kg (máximo 60 mg) durante 5 días o DEX 0,6 mg/kg (máximo 16 mg) durante 2 días. Los resultados se valoraron a los 10 días.

Encontraron que las recaídas, las hospitalizaciones y la persistencia de los síntomas a los 10 días fue similar con ambos tratamientos. En el grupo de prednisona fue mayor el número de niños que presentaron vómitos, una menor cumplimiento y mayor absentismo escolar.

Concluyen que en niños con crisis de asma agudo 2 dosis de dexametasona

produce una eficacia similar y menores efectos secundarios que 5 dosis de prednisona.

COLONIZACIÓN BACTERIANA DEL PREPUCIO  
EN NIÑOS CON REFLUJO VÉSICoureTERAL

*Bacterial colonization of the prepuce  
in boys with vesicoureteral reflux  
who receive antibiotic prophylaxis.*

**Cascio S, Colbourn E, Puri P.**

*J Pediatr* 2001; 139: 160-162.

El saco prepucial puede actuar como reservorio de agentes causantes de infecciones urinarias (ITU) y numerosos estudios han relacionado la circuncisión con un menor riesgo de ITU sobre todo en el primer año de vida. En los niños con reflujo vésicoureteral (RVU) se utiliza habitualmente antibióticos con el propósito de evitar las ITU recurrentes y el daño renal.

El presente estudio trata de determinar el grado de colonización bacteriana del saco prepucial de niños con RVU no circuncidados y en tratamiento con antibióticos a dosis bajas. Se recogen muestras para cultivo del exudado periureteral en 59 niños con RVU no circuncidados y en tratamiento antibiótico y en 36 niños circuncidados. En el primer grupo, obtienen crecimiento de uropatógenos en el 37% de los casos frente al 28% del

segundo grupo, por lo que concluyen que el tratamiento antibiótico que reciben estos pacientes no es eficaz en la reducción de la colonización bacteriana del prepucio.

En base a estos hallazgos, los autores recomiendan la circuncisión en los siguientes casos: recién nacidos con hidronefrosis prenatal y RVU postnatal, niños con RVU grado IV-V, niños con RVU y agenesia renal o riñones multiquisticos y niños con RVU de bajo grado con crecimiento de los mismos patógenos en urocultivos y cultivos uretrales.

METAHEMOGLOBINEMIA Y CONSUMO  
DE VEGETALES EN LACTANTES

**Sánchez-Echániz J,**

**Benito-Fernández J y Mintegui-Raso S.**

*Pediatrics (Ed. Esp.)* 2001; 51: 301-305.

Partiendo de la valoración de los datos clínicos y epidemiológicos de 7 lactantes diagnosticados de metahemoglobinemia adquirida en un servicio de urgencias pediátricas, se hace una revisión de esta entidad.

Las causas más frecuentes son las adquiridas por exposición a agentes oxidantes (nitritos o nitratos), o por fármacos. Los lactantes menores de 6 meses son particularmente susceptibles. El consumo de algunos vegetales ricos en nitratos (espinacas, remolachas, zana-

horias, lechuga, puerro...) y el almacenamiento incorrecto del puré de verduras en nevera más de 24 horas fueron causas potenciales de metahemoglobinemia.

Entre los fármacos considerados como causantes de metahemoglobinemia están: agentes anestésicos tópicos (benzocaína, EMLA, lidocaína), nitrato de plata, cloroquina, sulfonamidas, fenacetina, valproato sódico y óxido nitroso inhalado. Asimismo, la exposición accidental a colorantes de anilina o a ciertos productos para limpieza, procesos como diarrea (de origen infeccioso o 2° a IPLV) o el consumo de aguas contaminadas también han sido relacionados con esta entidad.

ADMINISTRAR SULFATO FERROSO UNA VEZ AL DÍA PUEDE SER TAN EFICAZ COMO TRES VECES AL DÍA

*Randomized, controlled trial of single versus 3-times-daily ferrous sulfate drops for treatment of anemia.*

**Zlotkin S, Arthur P, Antwi YK, Yeung G.**  
*Pediatrics* 2001; 108: 613-616.

En la profilaxis o tratamiento de la anemia suele recomendarse el uso de sulfato ferroso en tres tomas diarias durante un tiempo de varias semanas o meses. Esta pauta de tratamiento con frecuencia no se cumple correctamente

debido a las conocidas dificultades para la adherencia de los pacientes/familias a este tipo de pautas. En el presente ensayo, prospectivo, controlado y randomizado, se compara la eficacia de la pauta tradicional de tres tomas diarias de sulfato ferroso frente a una sola dosis diaria (dosis total diaria igual en ambos grupos, 40 mg de hierro elemental). Participan 557 niños de 6 a 24 meses de edad con valores de hemoglobina de 7 a 9,9 g/dl, y recibieron el hierro oral según una u otra pauta durante 2 meses. Se consideró que el tratamiento fue eficaz si logró al final del tratamiento una cifra de hemoglobina superior a 10 g/dl. La pauta tradicional de tres tomas al día fue eficaz en el 56% de los casos, frente al 61% en el grupo de una sola toma diaria; los valores de ferritina subieron significativamente en ambos grupos por igual. Los efectos secundarios fueron mínimos y similares en ambos grupos.

Los resultados de este estudio señalan que la administración de sulfato ferroso en una sola toma diaria puede ser tan eficaz como la pauta recomendada tradicionalmente de tres tomas al día, en el tratamiento de la anemia.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA  
PARA PROMOVER LA UTILIZACIÓN PRUDENTE  
DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES  
RESPIRATORIAS ALTAS

*A community intervention trial  
to promote judicious antibiotic use  
and reduce penicillin-resistant  
streptococcus pneumoniae carriage  
in children.*

**Belongia EA, et al.**

*Pediatrics 2001; 108: 575-583.*

Las infecciones de las vías aéreas e invasivas por *Streptococcus pneumoniae* constituyen una causa importante de morbilidad en niños y ancianos. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de la prevalencia de neumococos resistentes a penicilinas, hecho relacionado entre otros factores, a la utilización inadecuada de antibióticos. En Atención Primaria la utilización inadecuada de antimicrobianos es frecuente.

En este trabajo se da cuenta de un ensayo de intervención comunitaria, controlado y no aleatorizado, llevado a cabo en una comunidad rural de Estados Unidos, con el propósito de evaluar el impacto de la educación a padres y formación continuada a médicos de Atención Primaria sobre la prescripción de antibióticos y la prevalencia de portadores de neumococos resis-

tentes. Se analizaron los datos de prescripción de 151 médicos y se evaluó el estado de portador en 664 niños antes de la intervención y 472 niños después de la misma. Se observó una disminución global de la prescripción de antibióticos en la comarca y en la venta de estos fármacos en oficinas de farmacia, pero no se encontraron efectos sobre la utilización de antibióticos en los niños asistentes a guarderías, ni diferencias en la tasa de portadores de neumococos resistentes.

Los datos aportados en este estudio son insuficientes para demostrar un efecto directo de la intervención educativa en la tasa de portadores de neumococos resistentes, quizás por el propio diseño del estudio. Se propone incrementar los esfuerzos en la educación de las familias y en la formación de médicos, y estudiar su impacto sobre los parámetros citados en los objetivos de este estudio.

PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS  
EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS  
EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN ESPAÑA  
*Appropriateness of antibiotic prescriptions  
in community-acquired acute pediatric  
respiratory infections in Spanish  
emergency rooms.*

**Ochoa C, Inglada L, Eiros JM, Dolís G,  
Vallano A, Guerra L; The Spanish Study  
Group on Antibiotic Treatments.**

*Pediatr Infect Dis J 2001; 20: 751-758*

Se trata de un estudio descriptivo, multicéntrico, llevado a cabo en 11 hospitales españoles por un grupo de investigadores españoles encabezado por C. Ochoa del Hospital Virgen de la Concha en Zamora. Estudian la variabilidad y la adecuación de la prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas en las Urgencias Infantiles. El estudio se llevó a cabo en el primer semestre de 1997.

El 20,7% de todas las urgencias atendidas fueron infecciones respiratorias agudas (IRA). Se prescribieron antibióticos en el 58,7% de todas las IRA (bronquiolitis 11,5%, bronquitis 40,2%, faringoamigdalitis 80,9%, IRA no especificadas 34,8%, neumonía 92,4%, otitis 93,4% y sinusitis 92,6%). Los antibióticos más usados fueron amoxicilina/clavulánico (33,2%), amoxicilina (30,2%), cefuroxima-axetil (8,5%) y azitromicina

(6%). De acuerdo con las guías terapéuticas utilizadas como referencia para este estudio, se consideró que el tratamiento antibiótico prescrito fue apropiado en el 63,1% de los casos e inapropiado en el 36,9%. Los usos no adecuados ocurrieron en bronquiolitis (11,5%), bronquitis (31,5%), faringoamigdalitis (54,8%), IRA no especificadas (34,7%), neumonía (13,9%), otitis (25,6%) y sinusitis (22,2%).

Los resultados muestran una prescripción antibiótica no adecuada importante (36,9%). El uso de antibióticos de amplio espectro en infecciones presumiblemente virales no sólo constituyen un gasto ineficaz sino que seguramente es el factor que más contribuye al desarrollo de resistencias a los antimicrobianos.

LAS MUCHAS CARAS DEL RAQUITISMO  
POR DEFICIENCIA DE VITAMINA D

**Joiner TA, Foster C, Shope T.**

*P.I.R. (Ed Esp), vol. 21, nº 10, dic. 2000*

Los objetivos de esta revisión son: explicar la relación entre lactancia materna y raquitismo, describir signos clínicos, datos de sospecha y plan de estudio para el diagnóstico del raquitismo por deficiencia de vitamina D, y comentar la prevención en niños de riesgo. Los autores exponen 4 casos vistos en una consulta en 2 años, todos ellos de raza



negra, sin profilaxis con vitamina D, con diferentes formas de presentación: tetania, infecciones respiratorias, fracturas múltiples y retraso en la marcha.

La población de riesgo de raquitismo son niños alimentados con lactancia materna, de raza negra y niños de 2 ó 3 años con dietas pobres en vitamina D y calcio (macrobióticos o vegetarianos estrictos). El diagnóstico se realiza en general en revisiones rutinarias. Las manifestaciones clínicas (que se inician pasados unos meses) más frecuentes son: craneotabes, rosario costal, escoliosis y cifosis, engrosamiento de muñecas y tobillos, coxa vara, hipotonía muscular, frente prominente e infecciones respiratorias. Realizan el diagnóstico midiendo calcio, fósforo, PTH, FA, función renal, hidroxivitamina D y dihidroxivitamina D. Con estas determinaciones se valora el riesgo de tetania y convulsiones, el tiempo de evolución y la adaptación al estado raquíptico. La hidroxivitamina D está siempre baja en el raquitismo por deficiencia de vitamina D. La dihidroxivitamina D se produce al aumentar la PTH y está siempre aumentada. Estas son las determinaciones más sensibles, precoces y específicas para el diagnóstico y son útiles también en el diagnóstico diferencial de otros tipos de raquitismo. Entre los signos radiológicos se en-

cuentran: ensanchamiento de metafisis, metafisis en copa, osteopenia, desflecamiento de costillas y múltiples fracturas. Tratamiento: Vitamina D, 800-1000 UI/día y 1000 mg. de Calcio al día hasta la normalización de la fosfatasa alcalina.

#### TUMORACIÓN DEL ESCROTO EN LA INFANCIA

**Kaplan GW.**

*PIR (Ed Esp), vol.21, nº 9, nov 2000*

Los objetivos de esta revisión son: determinar cuándo tratar el hidrocele, describir las diferencias hidrocele-tumor testicular, el tratamiento de la torsión testicular, las anomalías que se asocian a epididimitis y explicar el mejor sistema de diagnóstico del varicocele.

El hidrocele es una tumoración uni o bilateral por permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal, que se cierra alrededor del año. La transluminación lo diferencia del tumor testicular. Si al presionar suavemente se colapsa, hay que sospechar una hernia.

El tumor testicular es una masa indolora en el escroto. Ante una transluminación negativa o dudosa, hay que solicitar ecografía. El varicocele afecta al 20% de adolescentes, no es doloroso y se colapsa en supino: debe explorarse de pie. Debe valorarse la cirugía si produce dolor o atrofia testicular. La torsión testicular en el neonato se manifiesta como un testí-

culo no doloroso, levemente hinchado, con transluminación negativa. Debe descartarse la existencia de un tumor testicular. Puede no requerir tratamiento quirúrgico inmediato, pero sí conviene prevenir la torsión contralateral suturando el otro testículo al escroto. La torsión testicular en niños mayores es una urgencia quirúrgica. Se manifiesta con dolor y tumefacción agudos y ausencia de reflejo cremastérico. La torsión de los apéndices testiculares es autolimitada, sin secuelas y no requiere tratamiento. El reflejo cremastérico está conservado y en ocasiones se ve o se palpa el apéndice

como un punto amoratado. La epidídimo-orquitis es poco frecuente en la infancia. Puede ser viral (parotiditis, mononucleosis, adenovirus) o bacteriana. Si el urocultivo es positivo, se debe hacer un estudio por imágenes de las vías urinarias. El traumatismo testicular se diagnostica por la historia. El testículo tumefacto puede tener un hematocele que debe evacuarse quirúrgicamente, reparando el testículo. El edema agudo idiopático del escroto, de etiología desconocida, puede tratarse empíricamente. Es una interesante y práctica revisión de las tumores testiculares en la infancia.

## Crítica de libros

---

GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD Y PSICOLOGÍA  
DEL ADOLESCENTE

**Castell P y Silber T**

*Editorial Círculo de Lectores. Cedido  
por Editorial Planeta 1998.*

---

Aún siendo un libro dirigido al público en general y en especial a padres con hijos en esta difícil edad, es muy recomendable su lectura a los profesionales que nos encargamos de su cuidado. Se trata de un libro de tamaño bolsillo pero altamente cualificado, que recoge los conocimientos actuales desde un punto de vista médico y psicológico de este periodo de la vida.

En sus 16 capítulos se abordan numerosos temas que se enumeran a continuación para resaltar su importancia e invitar a su lectura: Atención a la edad del cambio, La asistencia a los adolescentes, Crecimiento y desarrollo, La familia del adolescente, Las apasionadas relaciones sociales, Las reglas del deporte, Salud genital y reproductiva, Vivir con el sexo, Variantes de la sexualidad, Embarazos no deseados y enfermedades venéreas, La alimentación y sus trastornos, El sueño y sus alteraciones, Escuela y aprendizaje, Uso y abuso de sustancias, Prevención y tratamiento de la drogadicción, Algunos problemas actuales

de salud mental, Violencia y actitudes antisociales y conductas de riesgo.

Incluye citas bibliográficas numerosas a lo largo de todo el libro y sus referencias incluyen a autores tanto de literatura inglesa como hispanoamericana. Su lectura es muy amena.

MANUAL PRÁCTICO DE PEDIATRÍA  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

**García-Sicilia J y cols.**

*Publimed 2001 (Madrid)*

---

La idea de editar este manual surge en las reuniones semanales que, desde hace más de diez años, mantienen pediatras de atención primaria con pediatras de atención especializada del Hospital Infantil "La Paz" de Madrid, con el objetivo de alcanzar una continuidad asistencial en el ámbito de la Pediatría.

El manual está estructurado en unos apartados generales: atención al niño sano, emergencias y miscelánea (niños adoptados e inmigrantes, desmedro...). Otro apartado engloba patologías específicas, con los temas de mayor incidencia en el consulta del pediatra de primaria (incluyendo temas odontológicos, oftalmológicos, dermatológicos y ortopédicos), la adolescencia y la problemática legal, desde un punto de vista práctico para el ejercicio diario. El manual

también contiene un listado de direcciones útiles y de fármacos de uso habitual en Atención Primaria.

El manual puede ser de gran utilidad práctica a todos los profesionales que traten niños, sea cual sea su nivel de es-

pecialización. La intención del equipo editorial es que sea el libro que cualquier médico meta en el equipaje cuando salga con sus hijos de vacaciones. Y, sobre todo, cualquier pediatra de atención primaria.

