

Vivencia de la drogadicción en un grupo de adolescentes

Gorrotxategui Gorrotxategui P, Sánchez de Ocaña Insausti K, Inchaurza Hernández E, Larramendi Uranga E, Santos Izaguirre MS, de la Iglesia de la Calle E.

Retraso mental sin filiar: volver la vista atrás

Oloqui Escalona A, García Sánchez N, Calvo Martín MT.

CIRTEA: una herramienta útil para el cribado precoz de los trastornos del espectro autista

López Verde L, Valdivia Jiménez C, Blanco García A, Padilla García JL, Muñoz Galán CR.

Detección precoz del maltrato infantil.

Programa piloto de trabajo en red

Ciriza Barea E, Fernández MA, de Miguel M, García C.

Mujer, gitana, 14 años. ¿embarazo no deseado?

María Tablado MA, Morillo Carnero PV, Montejo Martínez C.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: ¿podemos fiarnos de los informes preadoptivos?

Ocio Ocio I, Rodríguez Pérez B, Vera de Pedro E, Ortuzar Yandiola S, de Aranzabal Agudo M, Labayru Etxebarria M.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: valoración nutricional

Vera de Pedro E, Rodríguez Pérez B, Ocio Ocio I, Ugarte Libano R, De Aranzabal Agudo M, Labayru Etxebarria M.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: desarrollo psicomotor y adaptabilidad psicosocial

Rodríguez Pérez B, Ocio Ocio I, Vera de Pedro E, Ortuzar Yandiola S, Labayru Etxebarria M, de Aranzabal Agudo M.

Valoración de una prueba de visión estereoscópica (TNO) en una consulta de pediatría

Pérez Bescos L, Iturralde Iriso J, Martínez Elgarresta M, Lecuona Irigoyen A.

Actitudes de los pediatras en el tratamiento de las crisis de asma y en la utilización de sistemas de inhalación

López-Silvarrey Varela A, Moreno Galdó A, Liñán Cortés S, Juliá de Páramo B.

Estudios realizados a los niños asmáticos.

Resultados del estudio SANE

López-Silvarrey Varela A, Liñán Cortés S, Moreno Galdó A, Juliá de Páramo B.

Nuevas vacunas: un progreso con dificultades

Uribe Echebarria L.

Lactante con estancamiento ponderal: otras posibilidades diagnósticas ante una clínica habitual

Trebolazabala Quitante N, Cocolina Andrés J, Salinas Flores P, Oiarzabal Uriarte MJ, Ríos Ramón N, Vázquez Ronco MA.

Evolución del perfil lipídico entre los 6 y 14 años.

El estudio Rivas-Vaciamadrid

Martinoli Rubino MC, González Requejo A, Peláez Gómez de Salazar MJ, Díaz Cirujano AI, Antón Pacheco E, Sánchez Bayle M, Huidobro B.

Factores implicados en la evolución de los valores del perfil lipídico entre los 6 y 14 años. El estudio Rivas-Vaciamadrid

González Requejo A, Martinoli Rubino MC, Morales San José MT, Asensio Antón J, Gómez Alonso R, Sánchez Bayle M, Tolín M.

Plagiocefalia postural. Tiempo para mantener las buenas formas

Salmón Antón F, Rodríguez Cerezo MA, Onís González E.

Prescripción de antibióticos en función del lugar y análisis de la influencia de otras variables

Garrido Torrecillas FJ, Machado Casas IS, Medina Claros A, Fernández Pascual R.

Vivencia de la drogadicción en un grupo de adolescentes

Gorrotxategui Gorrotxategui P, Sánchez de Ocaña Insausti K, Inchaurreza Hernández E, Larramendi Uranga E, Santos Izaguirre MS, de la Iglesia de la Calle E. (C.S. Beraun, Errenteria, Gipuzkoa)

Objetivo. Evaluar las actitudes de los adolescentes y la magnitud del consumo de drogas, legales e ilegales, por medio de una encuesta, con el fin de deducir las necesidades formativas y elaborar posteriormente un programa preventivo y de promoción de la salud.

Métodos. Encuesta anónima a los estudiantes de un instituto y un centro de formación profesional correspondientes al Área de Salud. Se han realizado 271 encuestas, excluyéndose siete por datos insuficientes, a adolescentes de entre 14 y 18 años, con una edad media de 16,5 y un 40% de mujeres.

Resultados. Sobre el tabaco, 184 adolescentes (70%) afirman que han fumado en alguna ocasión y 139 (53%) que han fumado en los últimos seis meses. Sobre sus consecuencias, opinan, mayoritariamente, que es malo para la salud, aunque un pequeño porcentaje afirma sentirse bien con el tabaco. Sobre la toma de alcohol, refirieron que lo habían consumido 217 (82%); el motivo más frecuente-

mente aducido para su ingesta fue la diversión. Sobre el consumo de otras drogas los resultados son: hachís 111 (42%), cocaína 21 (8%) y pastillas (éxtasis-anfetaminas) (6%). En cuanto a la consideración como droga de los diversos productos, todos estuvieron de acuerdo en que la heroína lo era y en porcentajes decrecientes opinaban que eran drogas la cocaína (250, 96%), las pastillas (250, 96%), el hachís (216, 83%), el tabaco (187, 72%) y, en último lugar, el alcohol (159, 61%).

Conclusiones.

1. El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes y la que menor consideración de droga tiene entre ellos. Lo mismo sucede, en menor medida, con el tabaco y el hachís.
2. Es preciso aportar a los adolescentes una información veraz sobre las consecuencias y los peligros de las denominadas "drogas legales".

Retraso mental sin filiar: volver la vista atrás

Ollolqui Escalona A. (MIR Pediatría, Hospital Materno-Infantil Miguel Servet), García Sánchez N. (C.S. Delicias Sur. Zaragoza), Calvo Martín MT. (Hospital Materno-Infantil Miguel Servet. Zaragoza. Unidad de Genética)

Introducción. El retraso global del desarrollo se estima en un 3% de la población.

En ocasiones nuestros pacientes tienen el diagnóstico de "retraso mental sin filiar". En diversos estudios se ha demostrado que se puede llegar a un diagnóstico etiológico del retraso del desarrollo en un 17,2-34,2% a través de la historia clínica y la exploración. En el caso del síndrome X frágil (SXF), la causa más frecuente de retraso mental heredado, los test clínicos de preselección de pacientes permiten una aproximación diagnóstica muy importante.

Objetivos. Conocer los criterios clínicos de este síndrome para poder hacer una correcta derivación de pacientes, destacar la importancia de volver a evaluar a los pacientes investigados antes de la introducción de las técnicas moleculares y evitar el riesgo de recurrencias en familiares de riesgo, especialmente en mujeres afectas del síndrome o bien en portadoras de la premutación.

Caso clínico. Se trata de un varón con retraso mental y características clínicas compatibles con SXF en el que se había descartado el diagnóstico en un estudio previo. Tras reevaluarlo y someterlo a técnicas de biología molecular pudo diagnosticarse, así como iniciar estudio en la madre y la hermana, que resultaron afectas.

Conclusiones. El SXF es la causa más frecuente de retraso mental de origen genético. Su frecuencia se estima en 1/

4.000 varones y 1/8.000 mujeres; son portadores 1/250 mujeres y 1/700 varones. Se caracteriza por: deficiencia mental, facies peculiar, macroorquidismo y alteraciones del tejido conectivo, entre otros. El espectro clínico en la mujer es menos conocido. Este síndrome presenta una herencia ligada al cromosoma X con alguna peculiaridad. El diagnóstico correcto beneficia al paciente, a los padres y familiares para recibir asesoramiento genético y a la sociedad, evitando estudios innecesarios y recurrencia de casos.

CIRTEA: una herramienta útil para el cribado precoz de los trastornos del espectro autista

López Verde L, Valdivia Jiménez C, Blanco García A (*C.S. Torre del Mar. Málaga*), Padilla García JL (*Facultad Psicología, Granada*), Muñoz Galán CR (*CIT, Vélez-Málaga. Málaga*)

Introducción. La sospecha clínica de los trastornos del espectro autista (TEA) se sitúa en España en torno a los 26 meses y se accede a un diagnóstico final dos años y medio más tarde. A través de la aplicación de CIRTEA (Cuestionario de Indicadores de Riesgo del Espectro Autista), pretendemos obtener información de las áreas implicadas en estos trastornos durante el primer año de vida reduciendo significativamente el

comienzo de una actuación personalizada y específica.

Presentamos el proceso de elaboración y evaluación de las propiedades métricas de CIRTEA como herramienta que facilita la detección precoz de los niños con riesgo de padecer TEA para su posterior derivación e intervención temprana.

Métodos.

1. Elaboración y diseño del cuestionario.
2. Establecimiento de criterios para la aplicación del cuestionario (niños menores de 12 meses atendidos en el programa de salud infantil del SAS) y la derivación de casos (niños que no hubieran respondido afirmativamente a todos los ítems).
3. Divulgación del proyecto y distribución del cuestionario a los pediatras participantes en el estudio.
4. Recogida de los cuestionarios cumplimentados.
5. Evaluación de las propiedades métricas de CIRTEA. Departamento de Ciencias Sociales y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada.

Resultados. 800 cuestionarios han sido administrados por 12 pediatras de ocho centros de salud de la provincia de Málaga, de los cuales 20 han sido derivados a diferentes centros de intervención temprana para la valoración y el seguimiento.

Conclusiones. Se muestran evidencias sobre la representatividad del contenido del cuestionario CIRTEA respecto de los criterios diagnósticos para los TEA, también sobre la validez elaborativa de la escala a partir de su capacidad predictiva respecto a posteriores evaluaciones con el cuestionario CHAT (18 meses) y el cuestionario ADOS (24 meses). Por último, se apuntan los potenciales beneficios del uso de CIRTEA para la detección temprana del trastorno del espectro autista y como herramienta útil para mejorar el conocimiento y la sensibilidad de los pediatras respecto a esta patología.

Detección precoz del maltrato infantil.

Programa piloto de trabajo en red

Ciriza Barea E (*Hospital de Cruces, Bilbao*), Fernández MA, de Miguel M, García C (*CS Burlada, Navarra*).

Introducción. Una de las cuestiones más problemáticas que surgen al intentar planificar cualquier actuación coordinada que implique a diferentes colectivos profesionales en el área del maltrato y abandono en la infancia es la de la definición operativa del problema.

Objetivos. El objetivo de este programa es facilitar un proceso de organización de los diferentes niveles institucionales, intercambio de información y optimización de los recursos que nos facilite

el mejor tratamiento a cada niño y a su familia.

Material y métodos. En Burlada (municipio próximo a Pamplona), que cuenta con una población de unos 18.000 habitantes y cuya población infantil es de 3.992 niños menores de 18 años, hemos iniciado un programa multidisciplinar en el que estamos implicados los profesionales de salud, salud mental, educación, servicios sociales y policía municipal. Tras un curso sobre prevención de maltrato en la infancia para el que contamos con la participación del Dr. Barudy, psiquiatra infantil y con gran experiencia en este tema, se consiguió por parte de todos los profesionales de la zona un cuerpo teórico común y una misma metodología, lo que nos facilitó la organización del programa y su puesta en práctica.

Resultados. Presentamos la forma de trabajar en red y dos casos ilustrativos en los que esta forma de trabajar ha favorecido su diagnóstico, manejo y seguimiento.

Conclusiones. Este tipo de trabajo resulta gratificante para todos los profesionales en un tema tan complejo en el que el trabajo en equipo resulta imprescindible. A los 6 años del inicio de esta forma de trabajo el balance es muy positivo por parte de los trabajadores de

los distintos estamentos así como de las familias implicadas y, sobre todo, de los niños.

Mujer, gitana, 14 años.

¿embarazo no deseado?

María Tablado MA (*Consultorio Local Morata de Tajuña, Área 1. Madrid*), Morillo Carnero PV (*C.S. Comillas, Área 11. Madrid*), Montejo Martínez C (*Consultorio Local Serracines y Ribatejada, Área 5. Madrid*).

Caso clínico. Mujer gitana de 14 años que acude a consulta solicitando "una revisión". No presenta antecedentes de interés y está correctamente vacunada. Se le realiza la revisión, según el programa de salud infantil correspondiente. Dadas la raza y la madurez de la paciente se incluye en la Atención al Joven según el PAPPs/PrevInfad y se incide especialmente en el tema de las relaciones sexuales, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado (END). En este contexto, la madre comenta que "la niña ya es mujer" y que "podría ser raptada" según su ley. A continuación, la madre solicita "la pastilla para no quedarse embarazada".

Dos semanas después consultan de nuevo. En urgencias le han diagnosticado gestación de 10 semanas. Se deriva

a la consulta de alto riesgo de tocología. No obstante, la paciente acude a su pediatra para seguimiento: información, consejo, valoración de complicaciones, etc.

Reflexiones. Las recomendaciones PAPPS/PrevInfad sobre END e ITS deben realizarse desde los 11 años, bianualmente hasta los 16 y anualmente hasta los 19 (recomendación C). Estas recomendaciones han de ser acordes a la madurez, la etnia y la cultura de la paciente/familia. La educación grupal (colegios), asignatura pendiente para la Atención Primaria, cuenta con un mayor nivel de evidencia (recomendación A). Ésta debiera fomentar la confianza de los adolescentes, hacer aflorar los tabúes y las ideas erróneas adquiridas.

La cultura gitana mantiene un inicio precoz en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos más utilizados son los de menor eficacia. La píldora es minoritaria entre ellas.

La precocidad del embarazo implica mayor riesgo gestacional y perinatal tanto para el feto como para la madre.

El inicio precoz de las relaciones sexuales las propone como candidatas para recibir la vacunación contra el virus del papiloma humano dada la inmadurez celular cervical.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: ¿podemos fiarnos de los informes preadoptivos?

Ocio Ocio I, Rodríguez Pérez B, Vera de Pedro E, Ortuzar Yandiola S (Hospital Txagorritxu, Álava), de Aranzabal Agudo M (C.S. Agurain-Salvatierra, Álava), Labayru Etxebarria M (Hospital de Cruces, Bilbao)

Introducción. La adopción internacional ha experimentado en los últimos años un extraordinario incremento en nuestro país, lo que nos ha situado a la cabeza mundial en tasa de adopciones por población. El estudio pretende describir las características generales de estos niños a su llegada, así como analizar la veracidad y la utilidad de los informes preadoptivos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 420 niños extranjeros adoptados en el País Vasco y Navarra de 1997 a 2004 (25,5% de los encuestados) a través de una doble encuesta médica y psicológica enviada de forma anónima a las familias.

Resultados. Proceden en su mayoría de Asia, América Latina y Europa del Este, con una media y mediana de edad de 2 años (2 meses 16 años). La distribución por sexos varía significativamente según el país de origen; glo-

balmente, el 55% son mujeres. El 14,8% de las familias realizó adopciones múltiples (hermanos o no) y el 28,2% poseía hijos naturales previos. 42 niños fueron adoptados por familias monoparentales. El 68% de los niños provenía de centros institucionales. A su llegada, el 97% es valorado en consultas de pediatría extrahospitalaria (80% en la sanidad pública). La información de los informes preadoptivos es escasa: en el 67% se ignoran datos sobre el parto, en el 92% sobre la exposición a alcohol y en el 78,5% sobre ETS. El estado de inmunización se conocía en el 57%. Se comprueba una menor tasa de retraso psicomotor que la descrita (9% frente al 17%) y la mayoría de las patologías graves referidas, a nivel neurológico (cardiopatías...), no se confirma.

Conclusiones. Los informes preadoptivos no siempre mienten y estos niños constituyen un grupo especial de riesgo. Los gobiernos deberían exigir a los países de origen informes preadoptivos fidedignos y completos. Los pediatras de Atención Primaria son los indicados para detectar problemas y realizar un seguimiento coordinado de estos niños.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: valoración nutricional

Vera de Pedro E, Rodríguez Pérez B, Ocio Ocio I (*Hospital Txagorritxu, Álava*), Ugarte Libano R (*CS Aranbizkarra I, Álava*), de Aranzabal Agudo M (*CS Agurain-Salvatierra, Álava*), Labayru Etxebarria M (*Hospital de Cruces, Bilbao*)

Introducción. El objetivo de este estudio es facilitar el conocimiento sobre las características nutricionales de los niños extranjeros adoptados y su evolución durante el primer año en el país receptor.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 420 niños extranjeros adoptados en el País Vasco y Navarra desde el año 1997 al año 2004. En 312 niños (74%) se incluyen datos antropométricos como índices objetivos de evaluación nutricional. Se han utilizado las curvas y las tablas de crecimiento de la Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. En 284 niños (68%) se recogen datos bioquímicos. En 220 niños (54%) se determina la albúmina sérica y se realiza coprocultivo. En 270 niños (64%) se recogen parásitos en heces. En 128 niños (30%) se realiza serología para VHB, VIH, Lúes y se realiza Mantoux.

Resultados. A su llegada, 33 niños (9%) presentan un peso < p3 y 30 ni-

ños (8%) presentan una talla < p3. Los valores de score standard deviation o valor Z score fueron -0,83 y -0,78 para el peso y la talla respectivamente. Al año de residencia en nuestra comunidad autónoma, todos los niños alcanzan percentiles apropiados; el valor Z score es de -0,09 y -0,11 para el peso y la talla respectivamente. Un total de 28 niños (9%) presenta un índice de masa corporal (IMC) de -2 DE para su edad y sexo y se los considera niños malnutridos. A su llegada, se detecta hipoalbuminemia en nueve niños (4%), parasitosis intestinal en 50 (18,5%), coprocultivo positivo en 11 (4,8%) y anemia de carácter agudo y secundario en 36 (12%). Presentan hipertransaminasemia 19 niños (6,7%), cinco de ellos con serología positiva de hepatitis B. Existe un niño diagnosticado de enfermedad celíaca, otro caso presenta secuelas radiológicas de raquitismo y un único caso de VIH positivo.

Conclusiones. La evaluación nutricional de los niños extranjeros adoptados es muy importante en el protocolo de atención médico-nutricional. La evaluación nutricional mediante índices como el peso, la talla y el IMC demuestra un peor estado nutricional de los niños adoptados a su llegada respecto a los niños autóctonos; se cons-

tata una recuperación muy buena al año de residencia en nuestro país. Son índices que demuestran la magnitud del problema. Una valoración nutricional global debe tener en cuenta las enfermedades infecciosas, las enfermedades malabsortivas, la inadecuada atención sanitaria en el país de origen, los hábitos dietéticos y las influencias, sobre todo religiosas, en la alimentación recibida hasta su llegada, el tiempo de lactancia materna exclusiva, la introducción de alimentación complementaria llevada a cabo en el país de origen, el bajo peso al nacer y los cuidados subóptimos recibidos.

Adopciones internacionales en el País Vasco y Navarra: desarrollo psicomotor y adaptabilidad psicosocial

Rodríguez Pérez B, Ocio Ocio I, Vera de Pedro E, Ortúzar Yandiola S (*Hospital Txagorritxu, Álava*), Labayru Etxebarria M (*Hospital de Cruces, Bilbao*), de Aranzabal Agudo M (*CS Agurain-Salvatierra. Álava*)

Introducción. Los niños adoptados tienen más factores de riesgo que aquellos nacidos en familias estructuradas. El objetivo de este estudio es evaluar el desarrollo psicomotor y la adaptabilidad de estos niños al llegar y posteriormente.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los niños extranjeros adoptados en el País Vasco y Navarra de 1997 a 2004. Se realiza mediante encuestas respondidas por la familia (datos psicológicos y de satisfacción) y por los pediatras de estos niños (datos de comportamiento y psicomotor). Para el desarrollo psicomotor se ha confiado en el test Haizea Llevant, en el que los pediatras tienen gran experiencia.

Resultados. Se describe un retraso en el 9% de los adoptados; no se incluye retraso de lenguaje, por ser más difícil su definición. En cuanto al comportamiento, predominan el hiperactivo (18%) y el retraído y no se detectan, en ningún caso, problemas en la conexión con el medio ni trastornos del espectro autistas. Hay alteraciones leves en la alimentación y el sueño al llegar.

Conclusiones. El desarrollo psicomotor es, en general, aceptablemente bueno. Al año, los porcentajes se normalizan prácticamente en todos, excepto en los casos graves. Existe un considerable número de niños con comportamiento hiperactivo con peores resultados en su control. Las actividades diarias (sueño, control de esfínteres, alimentación) alteradas a su llegada en algunos de estos niños prácticamente se resuelven tras 12

meses en nuestra sociedad. Los problemas relacionados con la afectividad se corrigen más fácilmente si la adopción tiene lugar entre los 5 y 6 años. Se ha descrito mayor prevalencia de problemas en niños de 5-6 años. Los padres están muy satisfechos con la adopción (alrededor del 99%).

Valoración de una prueba de visión estereoscópica (TNO) en una consulta de pediatría

Pérez Bescos L, Iturralde Iriso J, Martínez Elgarresta M, Lecuona Irigoyen A
(CS Casco Viejo, Ciudad)

Introducción. El objetivo es conocer la validez del TNO para el despistaje de ambliopía en una consulta de pediatría.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Población a estudio: niños entre 3 y 7 años que acuden a las visitas del programa de salud infantil en una consulta de un centro urbano que atiende a una población de aproximadamente 950 niños. Es la enfermera la que administra el test previo consentimiento informado de los padres. Se realizan tres intentos para conseguir la colaboración del niño y si no acepta se vuelve a citar a los tres meses. Todos los niños, además, son valorados mediante los optotipos correspondientes a su edad. Se esta-

blece como prueba de referencia la valoración por el oftalmólogo. También se recogen los antecedentes de problemas visuales en los padres así como de prematuridad.

Resultados. Durante un año se ha valorado a 137 niños. Un 42% son varones y un 58% mujeres. De ellos, 10 (8,4%) han dado positivo para el test y 3 (2,2%) han presentado ambliopía. El 75% de los ambliopes tenía antecedentes familiares de problemas visuales frente a un 50% de los niños normales. Todos presentaban alteración de la agudeza visual en el examen por optotipos y un caso de ambliopía dio normal el TNO y anormal el examen de optotipos. Han rechazado la prueba 18 niños (13%); todos de 3 años. El resto se ha adaptado sin problemas a la realización del test. Dentro de nuestro estudio un 5% tenía antecedentes de prematuridad pero en ninguno de ellos se detectó ambliopía. El valor predictivo positivo de la prueba fue del 23%.

Conclusiones. Si bien es un estudio preliminar, y a falta de aumentar el tamaño de la muestra, la prueba de TNO presentaría una alta tasa de falsos positivos y sería de poca utilidad para el diagnóstico de ambliopía.

Actitudes de los pediatras en el tratamiento de las crisis de asma y en la utilización de sistemas de inhalación

López-Silvarrey Varela A (CS El Castrillón. SERGAS. A Coruña), Moreno Galdó A, Liñán Cortés S (Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona), Juliá de Páramo B (Departamento Médico. MSD. Madrid)

Introducción. El objetivo es analizar los medicamentos utilizados por los pediatras en el tratamiento de la crisis de asma y los sistemas de inhalación en el tratamiento de mantenimiento en niños de menos de 12 años.

Métodos. Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y multicéntrico efectuado entre marzo y mayo de 2006. 927 investigadores –pediatras de Atención Primaria (85,5%), neumólogos pediatras (8,6%) y alergólogos pediatras (5,9%)– españoles incluyeron a 3.739 niños entre 6 meses y 12 años de edad con asma actual (tres o más episodios de bronquitis sibilantes en el último año). Se interrogó a los médicos acerca de los tratamientos y los sistemas de inhalación utilizados por los pacientes en los últimos seis meses.

Resultados. Los agonistas beta-2 adrenérgicos fueron el tratamiento más

empleado para las crisis de asma (93,2%). En un 41,3% de los casos se administraron también corticoides orales. Destaca la alta prescripción de corticoides inhalados como tratamiento de las crisis de asma (42,6%), que se emplearon de forma similar en todos los grupos de edad ($p = 0,055$). En un 10% de las ocasiones se prescribieron otros fármacos.

El dispositivo utilizado con más frecuencia para la administración de medicamentos inhalados como tratamiento de mantenimiento fue la cámara de inhalación (94,6% en menores de 3 años, 95,1% entre los 3 y 5 años y 59,2% en los niños entre 6 y 12 años). El inhalador de polvo seco fue utilizado por un 31,4% de los niños entre 6 y 12 años. La utilización de nebulizadores fue bastante reducida (5%, 2,7% y 3,7% respectivamente), así como la de los inhaladores de dosis medida sin cámara espaciadora (5,7% en el grupo entre 6 y 12 años).

Conclusiones. Existe una elevada y poco justificada práctica de utilizar los corticoides inhalados como tratamiento de las crisis agudas de asma. La utilización de dispositivos de inhalación se ajusta a unos patrones más correctos.

Estudios realizados a los niños asmáticos. Resultados del estudio SANE

López-Silvarrey Varela A
(CS El Castrillón. SERGAS. A Coruña),
Liñán Cortés S, Moreno Galdó A
(Unidad de Neumología Pediátrica
y Fibrosis Quística. Hospital Vall
d'Hebron. Barcelona), Juliá de Páramo B
(Departamento Médico. MSD. Madrid)

Introducción. El objetivo es analizar los estudios alergológicos y funcionales respiratorios realizados a los niños menores de 12 años con bronquitis sibilantes recurrentes y asma.

Métodos. Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y multicéntrico efectuado entre marzo y mayo de 2006. 927 investigadores –pediatras de Atención Primaria (85,5%), neumólogos pediatras (8,6%) y alergólogos pediatras (5,9%)– españoles incluyeron a 3.739 niños entre 6 meses y 12 años de edad con asma actual (tres o más episodios de bronquitis sibilantes en el último año). Se interrogó a los médicos sobre los estudios alergológicos y funcionales respiratorios realizados previamente a los niños. Se estratificó a los niños según la edad en tres grupos: 6 meses-2 años, 3-5 años, 6-12 años.

Resultados. Se realizaron previamente los siguientes estudios (entre paréntesis los porcentajes por grupos de menor a mayor edad): IgE total en un 64,3% de

los niños (39,8; 68,7; 85,9. $p < 0,001$); Phadiatop® en un 25% (11,9; 27,4; 37,8. $p < 0,001$) e IgE específica en un 52,8% (27,6; 56,1; 76,1. $p < 0,001$). Pruebas cutáneas a neuroalérgenos en un 48,3% (13,4; 52; 81,1. $p < 0,001$). Pruebas cutáneas a alérgenos alimentarios en un 27,1% (12,4; 30,7; 39,8. $p < 0,001$). Un 35,9% de los niños no tiene ninguno de los estudios anteriores realizados (62,6; 29,2; 8,2. $p > 0,001$). Un 56% de los niños tiene realizada al menos IgE específica y/o pruebas cutáneas (26,7; 62,3; 87,2. $p < 0,001$).

Entre los niños de 6 a 12 años han realizado: medición de PEF un 56,4% de niños, espirometría un 61,9% y prueba de broncodilatación un 41,7%. Al 32% de los niños de esta edad nunca se le habría realizado pruebas de función respiratoria.

Conclusiones. Una importante proporción de niños menores de 6 años no tiene estudios alergológicos previos. Más del 10% de los mayores no tiene un estudio alérgico completo. Hay muchos asmáticos entre 6 y 12 años a quienes no se les realizan pruebas de función pulmonar.

Nuevas vacunas: un progreso con dificultades

Uribe Echebarria L

(*Pediatría, C.S. Abetxuko, Vitoria*).

Introducción. Las vacunas siguen siendo uno de los pilares de la pediatría preventiva. La efectividad de un calendario vacunal depende, en primer lugar, de la eficacia de las propias vacunas, pero, en segundo lugar, del cumplimiento. Mediante la suma de las protecciones individuales de los vacunados se consigue una mayor protección de grupo. El aumento del número de vacunas y, sobre todo, su precio pueden ejercer un efecto negativo sobre las cifras de vacunación.

Método. En dos poblaciones atendidas por el mismo pediatra, dentro del sistema sanitario público, se revisan los datos de cumplimiento del calendario vacunal oficial de nuestra autonomía junto con los de aplicación de la vacuna neumocócica heptavalente conjugada, no financiada.

Resultados. Sobre un total de 236 niños nacidos entre el 1 enero de 2003 y el 1 septiembre de 2006, el cumplimiento del calendario oficial es del 98% (233/236), y la vacuna antineumocócica, recomendada también a todos, se aplica en el 65,6% (155/236). Haciendo el desglose año a año se observa en am-

bas poblaciones un cumplimiento anual del 95-100% del calendario oficial. La vacuna antineumocócica asciende en uno de los grupos gradualmente del 55 al 80%, mientras que en el otro, de menor nivel económico, sube, poco a poco, del 52 al 74% para caer en el último año al 69%.

Conclusiones. En nuestro sistema sanitario la recomendación de vacunas no incluidas en el calendario oficial y que deben ser pagadas directamente por el usuario implica notables dificultades para lograr una amplia cobertura vacunal en estos casos. Nuestros datos lo confirman en lo que se refiere a la vacuna antineumocócica conjugada, pero tenemos constancia de que la tasa de vacunación es menor en el caso de la varicela. Con respecto a la incorporación de las nuevas vacunas frente a rotavirus y papilomavirus, sin duda eficaces y recomendables, si no son asumidas por el sistema sanitario público, esto puede conllevar unas tasas de vacunación muy inferiores a las deseables frente a estos procesos, junto con el posible riesgo añadido de un reforzamiento de las "corrientes antivacunas".

Lactante con estancamiento ponderal: otras posibilidades diagnósticas ante una clínica habitual

Trebolazabala Quitante N, Cocolina Andrés J, Salinas Flores P, Oiarzabal Uriarte MJ, Ríos Ramón N
(CS Algorta, Bilbao), Vázquez Ronco MA
(Urgencias Hospital de Cruces, Bilbao).

Caso clínico. Lactante con escasa ganancia ponderal desde el nacimiento (peso: P3; talla: P25-50). Lactancia materna exclusiva. A los 3 meses presenta estancamiento ponderal tratado con galactogogo y leche adaptada. Un mes después, desnutrición progresiva con un peso < P3; se inicia estudio. Tras bronquiolitis, cuadro agudo de hipotonía generalizada, decaimiento, sin irritabilidad ni alteración de conciencia. Se inicia alimentación con fórmula hidrolizada en espera de resultados analíticos. Antecedentes personales: polihidramnios, nacido a término con un peso de 3.080 g, longitud de 51,5 cm y perímetro craneal de 35 cm. Antecedentes familiares: madre valorada por nefrología por cólicos renales sin diagnóstico. La madre y la abuela materna presentan ingesta de agua y diuresis abundante desde siempre.

Analítica. Hemograma: Hcto: 35%; Hb: 11,6; leucocitos: 25.300 (51S, 45L, 4M); plaquetas: 394.000. Bioquímica: Na: 162; K: 5; Cl: 121; Ca: 11; Osm: 347;

gasometría venosa: pH 7,55; pCO₂: 17; bicarbonato: 15; EB: -4; amonio: 47. Orina: Na: 4; Cl: 14; K: 15; urea: 424; creatinina: 9; resto normal; digestión de principios inmediatos en heces normal, rast a leche de vaca negativo. Se remite al hospital por deshidratación hipernatrémica e hiperclorémica de probable etiología renal.

Test de deprivación acuosa: pérdida ponderal: 4% del peso corporal; poliuria mantenida, hipostenuria, hipernatremia e hiperosmolaridad plasmática que no se corrigen tras la desmopresina nasal. ADH basal: 75,6 y posdesmopresina: > 80. Pruebas de deprivación acuosa a la madre y la abuela con similares resultados. Se confirma diabetes insípida nefrogénica ligada a X y se inicia un tratamiento con hidroclorotiacida y aporte hídrico adecuado. Mejoría del estado general y parámetros analíticos, ganancia ponderal y disminución del ritmo de diuresis. La madre y la abuela sólo precisan aporte hídrico adecuado.

Discusión y conclusiones. La escasa ganancia ponderal es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. Una correcta anamnesis y exploración física nos pueden orientar hacia el diagnóstico de patologías menos prevalentes.

La diabetes insípida nefrogénica es una enfermedad rara en la cual los receptores

renales no responden adecuadamente a la ADH. Afecta generalmente a varones, como carácter recesivo ligado a X; las mujeres heterocigotas presentan un defecto variable en la capacidad de concentración urinaria.

Evolución del perfil lipídico entre los 6 y 14 años. El estudio Rivas-Vaciamadrid

Martinoli Rubino MC (*CS La Paz, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), González Requejo A (*CS Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Peláez Gómez de Salazar MJ (*CS La Paz, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Díaz Cirujano AI (*CS Rosa de Luxemburgo, Alcobendas, Madrid*), Antón Pacheco E (*CS La Paz, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Sánchez Bayle M (*Hospital Niño Jesús, Madrid*), Huidobro B (*Hospital Infantil Gregorio Marañón, Madrid*)

Introducción. Los datos actualmente disponibles sobre la evolución del perfil lipídico a lo largo de la infancia han sido obtenidos en poblaciones con escasa analogía con la población española, con marcadas diferencias étnicas y en hábitos de vida. Objetivos: conocer la evolución del perfil lipídico en una muestra representativa de niños de nuestro medio.

Material y métodos. Se incluyó a 379 niños (195 niños y 184 niñas) de la localidad de Rivas-Vaciamadrid (Madrid) eva-

luados en 1995 a la edad de 6 años y reevaluados a los 14-15 años. En ambas evaluaciones se realizó un perfil lipídico completo tras un ayuno de 12 horas.

Resultados. Los coeficientes de correlación de los niveles de lípidos en sangre entre los 6 y los 14 años fueron: 0,59 para el CT y el C-LDL, 0,52 para C-HDL y 0,50 para la apolipoproteína B. Los triglicéridos y la apolipoproteína A tenían correlaciones considerablemente más bajas (0,22 y 0,26 respectivamente). Valorando la evolución del perfil lipídico en el cuartil superior, hallamos que de los niños cuyos valores de colesterol total estaban en el cuartil superior (> P75) a los 6 años, aproximadamente la mitad (50,5%) permanecía en el cuartil superior a los 14, con escasas diferencias entre niños y niñas. Para C-LDL, C-HDL, Apo B y Apo A, estos valores fueron respectivamente del 51,6%, 52,2%, 47,8% y 36,4%. Si consideramos a los niños etiquetados de dislipémicos, menos de la mitad (47,8%) de los niños de 6 años con CT > 200 mg/dL permanecía por encima de estos niveles a los 14 años. Para los niños con valores de C-LDL > 135 mg/dL a los 6 años, aproximadamente uno de cada cuatro (25,9%) permanecía por encima de este valor a los 14 años.

Conclusiones. Hemos hallado una asociación moderada en los niveles de lípidos

entre los 6 y los 14 años. Los valores del perfil lipídico en el cuartil superior muestran fluctuaciones muy marcadas entre estas dos edades

Factores implicados en la evolución de los valores del perfil lipídico entre los 6 y 14 años. El estudio Rivas-Vaciamadrid
González Requejo A (*CS Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Martinoli Rubino MC, Morales San José MT (*CS La Paz, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Asensio Antón J (*Hospital Niño Jesús, Madrid*), Gómez Alonso R (*CS Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid*), Sánchez Bayle M (*Hospital Niño Jesús, Madrid*), Tolín M (*Hospital Gregorio Marañón, Madrid*)

Introducción. El objetivo es evaluar en qué medida las modificaciones en los hábitos de vida entre los 6 y 14 años se relacionan con las variaciones del perfil lipídico.

Material y métodos. Se incluyó a 379 niños (195 varones y 184 niñas) evaluados en 1995 a la edad de 6 años y reevaluados a los 14. En ambas evaluaciones se realizaron un perfil lipídico completo y una encuesta que recogía información detallada sobre los hábitos de vida (práctica de deporte y encuesta dietética). Se realizó un modelo de regresión múltiple poniendo el valor de los diferentes lípidos

sanguíneos a los 14 años como variable dependiente y el valor de esos mismos lípidos a los 6 años y las modificaciones en la ingesta de principios inmediatos entre los 6 y los 14 años como variables independientes.

Resultados. Para los valores de colesterol total (CT) a los 14 años, las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa fueron el valor de CT a los 6 años y la modificación de la ingesta porcentual de grasas saturadas, con unos coeficientes de regresión de 0,73 y 0,24 respectivamente. Para los valores de C-LDL, se halló, asimismo, una relación con los valores de C-LDL a los 6 años y la modificación en la ingesta de grasas saturadas, con unos coeficientes de regresión de 0,81 y 0,29 respectivamente. El resto de los parámetros del perfil lipídico no mostró relación alguna con las modificaciones dietéticas, aunque sí con los valores a los 6 años.

Conclusiones. La modificación en el consumo porcentual de grasas saturadas entre los 6 y los 14 años se asoció a una variación en los niveles del CT y C-LDL. Aproximadamente, un 5% de la variación en los niveles de CT y un 8% de los de C-HDL entre los 6 y los 14 años en nuestra muestra pueden atribuirse a esta modificación dietética.

Plagiocefalia postural. Tiempo para mantener las buenas formas

Salmón Antón F (*CS Arrigorriaga-Ugao, Vizcaya*), Rodríguez Cerezo MA (*Hospital de Basurto, Vizcaya*), Onís González E (*CS Arrigorriaga-Ugao, Vizcaya*)

Introducción. El cambio en la posición de dormir de los lactantes de prono a supino supuso una intervención en un asunto de salud pública que dio como resultado al año de su aplicación una disminución del 50% en la probabilidad de padecer una muerte súbita. A consecuencia de la intervención en el cambio en la postura de dormir de los lactantes se evidenció que algunos manifestaban alteraciones morfológicas en el cráneo y el cuello y se supuso que presentaban un retraso en la adquisición de ciertos hitos motores; no se ha demostrado en la actualidad la posibilidad de déficits somáticos persistentes.

Se definió su etiología al cambio postural y a que los bebés permanecían en una misma postura tanto dormidos como despiertos.

Se consideró como un asunto de salud pública y se estableció una campaña para evitarlo con medidas de prevención con el lema "Dormir boca arriba. Jugar boca abajo", lo que haría innecesarias intervenciones más costosas y en ocasio-

nes innecesarias o de riesgo en algunos casos.

Presentamos el manejo de la plagiocefalia postural: "Tiempo para mantener las buenas formas", en la que proponemos la rutina de intervención en un asunto considerado como de salud pública y que como tal calificación requiere una intervención acorde en que las medidas preventivas sean de aplicación universal, eficaces, efectivas y con mínimo gasto de recursos económicos. El objetivo de la intervención es la erradicación de casos nuevos, pero si éstos se llegan a producir pensamos que el manejo de las deformidades craneales posicionales debe estar liderado por el pediatra de Atención Primaria.

Presentamos nuestros resultados de 14 años de evolución con 1.450 niños manejados en estos años.

Conclusiones. El manejo de la plagiocefalia debe estar liderado por el pediatra del centro de salud, tanto en los aspectos preventivos como de tratamiento, y se deben aplicar criterios de salud pública.

Prescripción de antibióticos en función del lugar y análisis de la influencia de otras variables

Garrido Torrecillas FJ (*CS Cenes de la Vega, Granada*), Machado Casas IS, Medina Claros A (*Hospital Universitario San Cecilio, Granada*), Fernández Pascual R (*Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Jaén*)

Introducción. Analizar las características y el porcentaje de prescripción de antibióticos en Atención Primaria (AP) comparándolos con las urgencias hospitalarias (UH) y valorando la influencia de diferentes factores en ésta.

Material y métodos. Se revisan las historias de todos los pacientes mayores de tres meses, que consultan por fiebre durante dos meses (febrero y noviembre de 2005) elegidos al azar, de dos centros de AP de Granada y del servicio de urgencias de pediatría del hospital de referencia. Se establecen tres grupos: A) AP atendidos por pediatra, n = 259; B) AP atendidos por médico de familia, n = 66; y C) UH, n = 1.144. Se analizan el porcentaje de prescripción de antibióticos (PPA), el tipo de antibiótico prescrito y la influencia de las siguientes características: grado de fiebre, tiempo de evolución, pruebas complementarias, edad y día de la semana.

Resultados. Existen diferencias estadísticamente significativas en el PPA entre los tres grupos. El grupo A, pediatras de AP, es el que presenta un menor PPA (33,20%), el PPA del grupo B es del 90,91% y el del grupo C del 38,02%.

En la figura 1 se muestra el PPA en función del profesional.

Respecto al tipo de antibiótico, la amoxicilina-clavulánico es el que se prescribe con mayor frecuencia. En el grupo A: amox-clav (47,7%), amox (44,2%) y macrólidos (3,5%). En el grupo B: amox-clav (71,7%), amox (23,3%) y macrólidos

(3,3%). En el grupo C: amox-clav (64,1%), amox (10,9%) y cefuroxima (10,2%).

Conclusión. Al analizar la influencia de las distintas variables estudiadas sobre el PPA, se evidenció que en el grupo A el tiempo de evolución de la fiebre y la edad del niño (mayor edad, mayor prescripción) influían de forma positiva, en el grupo B ninguna de las variables estudiadas modificaba el PPA y en el grupo C aumentaban el PPA el tiempo de evolución de la fiebre, la edad del niño y la realización de pruebas complementarias.

Figura 1. Porcentaje de prescripción de antibióticos en los distintos grupos profesionales.

