

**Eficacia del racecadotril en niños con diarrea aguda: revisión sistemática y metaanálisis**

Callén Blecua M, Ozcoidi Erro I, Alustiza Martínez E, Martínez Anduela C, Aseguinolaza I, Emparanza JI.

---

**Protocolo de actuación multidisciplinario en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad**

Suárez Cano D, Munera Ramos P, Moreno Honorato C, Arrieta Muñoz B, Martínez Romero J.

---

**Tics en la infancia: un trastorno frecuente**

Mayordomo Almendros M, Onsurbe Ramírez I, Sotoca Fernández JV, Siurana Rodríguez JM, García Villaescusa L, Terrasa Nebot M.

---

**Un caso de relactación exitosa tras administración de cabergolina**

Martínez Rubio A, Jurado Mateos S.

---

**Importancia de las llamadas telefónicas en una consulta de Pediatría en Atención Primaria**

Valencia Rama J.

---

**Consultas pediátricas en urgencias de atención especializada procedentes de una zona básica rural ¿podemos evitarlas?**

Rostami P, Zand Isakhani HR, Cano Garcinuño A, Casares Alonso I.

---

**Adecuación del tratamiento prescrito en urgencias pediátricas de atención especializada con el tratamiento aconsejado en una guía de prescripción**

Casares Alonso I, Cano Garcinuño A, Zand Isakhani HR, Rostami P.

---

**La versión española del cuestionario EQ-5D (CY) para niños y adolescentes: innovación, posibilidades y limitaciones**

Gusi Fuertes N, Olivares PR, Badia X, Morell Bernabé JJ, Herdman M.

---

**Programa de prevención de la obesidad infantil "muévete con nosotros: el ejercicio te cuida"**

Gusi Fuertes N, Morell Bernabé JJ, Parraca Martins JA, Dávila Romero C, Quesada Gómez F, Herrera Molina E.

---

**Resultados de una encuesta sobre la obesidad infantil en pediatras de Atención Primaria**

Martínez Rubio A, Fernández Segura E, Jurado Mateos S.

---

**Sobrepeso y obesidad: comenzando desde el principio**

Hernández Encinas A, Álvarez González V, Díez Estrada E, Domínguez Aurrecoechea B, Mora Gandarillas I, Pérez Candás JI, Suárez Gil P.

---

**Diseño de un programa de educación en asma para profesores de educación física de centros de enseñanza secundaria**

Praena Crespo M, Fernández Truhán JC, Morales Lozano JA, Navarro Montaña MJ, Jiménez Cortés A, Gálvez González J, GESA.

---

**Ayúdanos a vivir con asma: intervención educativa escolar. ¿Qué conocen los profesores del asma?**

Domínguez Aurrecoechea B, González Guerra L, Mola Caballero de Rodas P, Alonso Lorenzo J.

---

**Escroto agudo en un lactante**

Luque Salas M, Tully A, Ramírez Arenas M, Ayuso Velasco R.

---

## Eficacia del racecadotril en niños con diarrea aguda: revisión sistemática y metaanálisis

Callén Bleuca M<sup>a</sup>, Ozcoidi Erro I<sup>b</sup>, Alustiza Martínez E<sup>c</sup>, Martínez Anduela C<sup>d</sup>, Aseginolaza I<sup>e</sup>, Emparanza JI<sup>f</sup>.

<sup>a</sup>CS Bidebieta, <sup>b</sup>CS Andoain,

<sup>c</sup>CS Cestona-Guetaria, <sup>d</sup>CS Zarauz,

<sup>e</sup>CS Zumaia, <sup>f</sup>Hospital Donostia.

Donostia/San Sebastián.

**Introducción:** la diarrea es una enfermedad muy común en el niño y que ocasiona un elevado consumo de recursos sanitarios. El racecadotril es un antidiarreico antisecretor que pretende reducir la duración e intensidad de la diarrea.

**Objetivo:** obtener un estimador, mediante una revisión sistemática, de su eficacia medida en volumen de deposiciones, duración de la diarrea y número de ingresos.

**Metodología:** hemos buscado ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizados en niños que comparen el racecadotril frente a placebo. Búsqueda en Medline, Embase, Central, CINAHL, registro de ECA, referencias de los ECA publicados y correspondencia con el fabricante, hasta abril de 2006. Evaluación de la calidad (plantilla CASP) por 2 evaluadores ciegos e independientes. La población son niños entre 3 meses y 4

años con diarrea aguda (3 o más deposiciones/día y menos de 5 días de evolución) a los que al tratamiento habitual con rehidratación oral se añade el racecadotril o el placebo.

**Resultados:** la evidencia de la eficacia del racecadotril se deriva de 2 ECA de muestra pequeña (135 y 172 niños) y de calidad media. Un tercer ECA fue excluido por baja calidad. Ambos ECA están realizados en niños hospitalizados. Los dos ECA muestran una disminución leve o moderada en el volumen de deposiciones en las primeras 48 horas (SMD = -0,65, -0,88 a -0,42). No hay diferencia en la proporción de niños que siguen enfermos al 5.º día (RR = 0,73, 0,29 a 1,81). No se observan diferencias entre los 2 grupos en los efectos secundarios (vómitos, RR = 1,16, 0,64 a 2,12).

**Conclusión:** el volumen de deposiciones en las primeras 48 horas disminuye con el racecadotril si bien la proporción de pacientes curados al 5.º día no mejora respecto al tratamiento habitual. Sería interesante un estudio similar en Atención Primaria (AP) valorando el número y volumen de las deposiciones y la duración y número de ingresos.

## Protocolo de actuación multidisciplinario en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Suárez Cano D<sup>a</sup>, Munera Ramos P<sup>b</sup>, Moreno Honorato C<sup>c</sup>, Arrieta Muñoz B<sup>d</sup>, Martínez Romero J<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>Pediatra, CS de Baza. <sup>b</sup>Psicóloga clínica, CS de Baza. <sup>c</sup>Pediatra, CS de Granada. <sup>d</sup>Residente de MFyC, Baza. <sup>e</sup>Pediatra, CS de Cullar. Granada.

**Introducción:** el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno de conducta más frecuente en la infancia, afecta a un 3-5% de los niños. Es una alteración del comportamiento de base neurobiológica, iniciado en la infancia, sin causa conocida, con predisposición genética, que interactúa con factores ambientales, con síntomas de carácter cognitivo-conductual: falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Subtipos: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad, tipo combinado.

**Objetivos:** 1. Establecer un censo de niños afectados de TDAH en Baza y Huécar. 2. Desarrollar un protocolo multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. 3. Difundir la formación en TDAH, en Atención Primaria. 4. Implicar a las familias y educadores.

**Materiales y métodos:** población y lugar del estudio: niños en edad escolar de las zonas básicas de salud de Baza y Huécar (Distrito Sanitario de Granada noeste). Criterios de inclusión: criterios diagnósticos de la DSM -IV, Escala SNAP -IV (versión abreviada). Recursos: el equipo multidisciplinario de profesionales: psicólogos del equipo de orientación educativa (EOE), médico del EOE, orientadores escolares (psicopedagogos, psicólogos), médicos de AP, pediatras de AP, psicólogos clínicos. Protocolo de actuación: el equipo mantiene reuniones cada 2 meses.

**Resultados:** se incluyeron 52 pacientes de diferentes edades y sexos, de ellos: seguimiento conjunto entre pediatras y equipo escolar: 35 pacientes. Remitidos a Psicología Clínica, 10 pacientes. Se trasladaron a la USMI, 3 pacientes. Abandono del programa, 7 pacientes.

**Conclusiones:** 1. El abordaje del TDAH es multidisciplinario e individualizado. 2. El tratamiento del TDAH será psicológico y farmacológico. 3. El equipo multidisciplinario estará coordinado entre sí, en contacto con padres y educadores. 4. Fomentar la formación de profesionales sanitarios y escolares en TDAH.

### **Tics en la infancia: un trastorno frecuente**

Mayordomo Almendros M, Onsurbe  
Ramírez I, Sotoca Fernández JV, Siurana  
Rodríguez JM, García Villaescusa L,  
Terrasa Nebot M.

*Hospital General de Albacete.*

**Introducción:** los tics son alteraciones del movimiento involuntarias, repetitivas y estereotipadas, que se exacerban con el estrés y que causan malestar en el niño. Son un motivo de consulta frecuente en Pediatría, afectando al 6% de los niños entre 5 a 15 años. El 50% aparecen entre los 6 y 7 años y generalmente son transitorios, desapareciendo en la mitad de los casos. No suelen precisar tratamiento farmacológico, pero es necesario un abordaje multidisciplinar incluyendo al pediatra de AP, familia, psicólogos, psiquiatras y al neuropediatra. La enfermedad de Gilles de la Tourette es un trastorno crónico caracterizado por la presencia de tics vocales y motores. Es poco conocido debido a que la sintomatología puede ser leve y cambiante, por lo que los padres no consultan. El diagnóstico es clínico, mediante criterios DSM-IV, y la asociación de otros trastornos neuropsiquiátricos es frecuente.

**Objetivos:** conocer la edad de inicio, las manifestaciones clínicas e intensidad de los tics, la existencia de patología

asociada y la evolución de los niños controlados en nuestra consulta de Neuropediatría.

**Material y métodos:** revisamos de forma retrospectiva las historias clínicas de los niños remitidos por tics en 2006 y 2007.

**Resultados:** el grupo de estudio quedó constituido por 12 niños, de los cuales 7 fueron varones y 5 mujeres (1,4/1). La edad media de inicio de los tics fue 7,4 años (rango 4-12 años). Los padres referían la intensidad de los síntomas como leves en un 83% (n = 10) y moderados en un 16,6% (n = 2). Presentaban tics motores el 100% (n = 12), vocales y motores asociados el 66% (n = 8). Sólo un niño presentó ecolalias (8,3%). Existía patología neuropsiquiátrica asociada en un 62%: 5 niños asociaban TDAH, en un caso coexistían migrañas, en otro niño problemas de aprendizaje y un niño asociaba trastornos de conducta. El 50% evolucionaron favorablemente, desapareciendo los tics en pocos meses. La mitad de los pacientes cumplían criterios de Guilles de la Tourette, aunque en ningún caso la sintomatología fue grave incapacitante. Ninguno de los niños ha precisado tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** los tics son frecuentes en la edad pediátrica, con una edad media de inicio de 7 años. Es frecuente la

existencia de otros trastornos asociados. La mayoría de los casos son transitorios y leves, no precisando tratamiento médico, por lo que pueden ser controlados por el pediatra de AP, debiendo remitirse para valoración especializada en caso de asociar patología, evolución tórpida o duración mayor de un año. La enfermedad de la Tourette es un trastorno frecuente e infradiagnosticado.

### Un caso de relactación exitosa tras administración de cabergolina

Martínez Rubio A, Jurado Mateos S.  
*Pediatras. CS Pilas. Distrito Aljarafe.  
Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.*

**Caso clínico:** mujer de 26 años. Segundo embarazo, considerado de alto riesgo por el fallecimiento anteparto del hijo anterior debido a colestasis aguda. Parto inducido a las 37 semanas por nuevo episodio de colestasis. Nace varón sano de 3.050 gramos. Inicia lactancia materna (LM). A los 4 meses y medio la madre tiene episodio de hipertermia sin foco, a lo largo de 5 días, con elevación de las transaminasas y se le recomienda suprimir la lactancia mediante cabergolina. 4 ó 5 días más tarde, la madre decide que desea relactar. Pide ayuda telefónica a consejeras de lactancia y profesionales sanitarias. 17 días después el bebé se alimenta de nuevo al pecho de forma exclusiva.

**Comentarios:** la cabergolina es un alcaloide del ergot empleado para suprimir la lactancia por inhibir la secreción de la prolactina. La relactación es el proceso por el que se reanuda la producción láctea en el pecho después de haber sido interrumpida la LM (sea cual sea el tiempo y el motivo). Se puede lograr si se reanudan las condiciones que habitualmente provocan la producción

y la eyección láctea (succión y vaciado de los pechos). Entre las dificultades que suelen encontrarse para lograrlo están: el desconocimiento de la posibilidad de relactación (tanto entre profesionales de la salud como entre la población) y la dificultad del bebé para cogerse de nuevo al pecho, si ya ha tomado biberones. Las estrategias para lograrlo suelen incluir: estimulación de las mamas con sacaleches, administración de galactogogos, uso de dispositivo suplementador de lactancia y estrategias para que el bebé realice succión y vaciado eficaces. Hasta que se logra una producción de leche suficiente, el bebé debe alimentarse por medio de vaso, cuchara o el suplementador de lactancia. Un factor clave es la decisión materna y el apoyo que pueda recibir.

**Conclusiones:** 1. La inhibición de la lactancia por cabergolina puede ser reversible si se siguen las recomendaciones para relactar. 2. La motivación de la madre es el principal determinante para el éxito. 3. Los grupos de apoyo a la LM juegan un papel importante para difundir los conocimientos sobre la LM en la población y para apoyar y acompañar a las mujeres que desean relactar.

### **Importancia de las llamadas telefónicas en una consulta de Pediatría en Atención Primaria**

Valencia Rama J.

CS San Martín. Vitoria.

**Introducción:** el objetivo es analizar y hacer hincapié en la importancia que tienen dentro de la actividad asistencial diaria, las consultas telefónicas que se reciben en una consulta de Pediatría de AP en un centro de salud urbano. Cada vez que se solicita al centro una consulta telefónica, esta queda registrada en el dietario del pediatra.

**Metodología:** se han analizado 5.000 consultas realizadas, en el año 2007, a lo largo de 210 días (24/día).

**Resultados:** de ellas 411 (8%) son consultas telefónicas (2/día). El cupo promedio, es de 863 niños (429 niñas y 434 niños). Las consultas telefónicas fueron generadas por 246 niños (28% del cupo), 135 (55%) niñas y 111 (45%) niños. En cuanto al motivo de consulta: 354 casos (86%) estuvieron relacionados con un problema médico; en 41 se trataba de una consulta administrativa; y en 16 ocasiones (3%) no se pudo contactar. De los que llaman: 98 (40%) lo hacen  $\geq 2$  veces (generando 64% consultas), 18 de entre ellos (7% de los 246) consultan  $\geq 4$  veces (21% del total de las llamadas);

148 (60%) llamaron una vez (36% de las consultas). Las niñas generaron el 58% del total de consultas. Respecto a quién hace la llamada: lo hace la madre en 345 ocasiones (84%), el padre 51 (12%), y 15 (4%) otros. Los niños entre 0-4 años (26% de 863), realizaron el 50% de las consultas.

**Conclusiones:** 1. Las consultas telefónicas son importantes, al ocupar una parte considerable de la actividad asistencial diaria del pediatra de AP. 2. La mayor parte de las llamadas son para resolver problemas médicos. 3. Los niños de 0-4 años, y las niñas en general, son los que motivan más llamadas. 4. Las madres son quienes más llaman. 5. Como siempre, un pequeño número de personas generan gran número de consultas.

### Consultas pediátricas en urgencias de atención especializada procedentes de una zona básica rural ¿podemos evitarlas?

Rostami P<sup>a</sup>, Zand Isakhani HR<sup>a</sup>,  
Cano Garcinuño A<sup>b</sup>, Casares Alonso I<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CS Venta de Baños,

<sup>b</sup>CS Villamuriel de Cerrato. Palencia.

**Introducción:** existen pocos estudios sobre la adecuación de las consultas pediátricas en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH). Diversos trabajos en España sugieren que alrededor de un 60% de las mismas son inadecuadas.

**Objetivos:** analizar la demanda asistencial urgente durante un año al hospital de referencia, procedente de una consulta pediátrica rural y la idoneidad de dichas urgencias.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de los informes de consulta del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Palencia, pertenecientes a los niños de 0 a 14 años del Centro de Salud de Venta de Baños, que acudieron desde el 01/03/2007 al 29/02/2008. De ellas se recogieron datos de edad, sexo, hora y día de consulta, etnia, motivo de consulta y diagnóstico hospitalario. De las historias clínicas del centro de salud se obtuvo el porcentaje de niños de etnia gitana e inmigrantes, la clase social, edad de los

padres e ingresos previos. Se utilizaron los criterios de la OMS sobre adecuación de la consulta urgente.

**Resultados:** se realizaron 193 consultas en el período de estudio, siendo inadecuadas el 60,5%. Ingresaron el 13%: 44% enviados por el pediatra, 40% que acudieron por iniciativa propia y 16% derivados por el Punto de Atención Continuada (PAC) rural. No hay diferencias de adecuación de la consulta en función de ninguna variable excepto en función de la iniciativa de ir a Urgencias: comparando con la derivación hecha por el pediatra, la consulta inadecuada era más frecuente en la derivación hecha por el PAC, aunque sin diferencias significativas (*odds ratio* [OR] de 2,1; intervalo de confianza del 95% de 0,4 a 10,4;  $p = 0,35$ ). Sí que era significativamente más frecuente la demanda inadecuada cuando era por iniciativa propia y también al compararla con la derivación hecha por el pediatra (OR de 16,5; intervalo de confianza del 95% de 3,8 a 72,1;  $p < 0,001$ ). Los niños más frequentadores al SUH fueron los menores de 4 años, los de etnia gitana, los varones, los primeros hijos de la serie y aquellos con ingresos previos.

**Conclusiones:** se propone la realización de sesiones de educación sanitaria a los padres y cuidadores de los niños más pequeños, primeros hijos y de los

niños con antecedentes de ingresos sobre los motivos principales de consulta, para intentar reducir las consultas inadecuadas.



## Adecuación del tratamiento prescrito en urgencias pediátricas de atención especializada con el tratamiento aconsejado en una guía de prescripción

Casares Alonso I<sup>a</sup>, Cano Garcinuño A<sup>b</sup>, Zand Isakhani HR<sup>a</sup>, Rostami P<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CS Venta de Baños,

<sup>b</sup>CS Villamuriel de Cerrato. Palencia.

**Introducción:** en 2007 la Dirección Técnica de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl), financió la elaboración de una guía de prescripción terapéutica con una parte pediátrica, que durante 2008 se incorporará a la prescripción en AP.

**Objetivos:** valorar la idoneidad del tratamiento prescrito en urgencias hospitalarias y describir los errores en la prescripción.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de los informes de consulta del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Palencia, pertenecientes a los niños de 0 a 14 años del Centro de Salud de Venta de Baños, que consultaron desde el 01/03/2007 al 29/02/2008. Se recogen datos de motivos de consulta, diagnóstico hospitalario, profesional que presta atención y tratamiento dispuesto. Se compara el tratamiento con el aconsejado en la Guía de Prescripción Terapéutica Pediátrica del Servicio de Salud de Castilla y León de 2007.

**Resultados:** el 10% de los niños que consultaron no recibieron tratamiento farmacológico. El 75% recibieron fármacos: de ellos el 44% fueron sólo analgésicos-antiinflamatorios, el 9% sólo antibióticos, el 23% ambos y en el 76% analgésicos-antiinflamatorios solo o en cualquier combinación con otros fármacos. Del total de diagnósticos hospitalarios (192), el 46% se incluyen en la Guía. De ellos en el 67% de las ocasiones se prescribió tratamiento inadecuado. Los diagnósticos cuyo tratamiento más frecuentemente no es idóneo según la Guía son las laringitis (100%), otitis (89%), asma (83%), síndrome febril (80%), infección respiratoria aguda (IRA) (79%), faringoamigdalitis (66%), bronquiolitis (50%) y convulsión febril (50%). Los tratamientos más idóneos son los de la esfera digestiva (diarrea 100%, GEA 75% y vómitos 75%). No hay diferencias significativas en la adecuación a la Guía en ninguna de las variables: etnia gitana, inmigrante, sexo, tener enfermedad crónica, iniciativa de la consulta, tramo de edad, ni en función del médico responsable de la atención (idoneidad igual para el pediatra y adjunto de urgencias (35%) y menor para el MIR de Medicina de Familia (17%)).

**Conclusiones:** la Guía de Prescripción Sacyl debería de ser difundida para su conocimiento no sólo entre los pediatras y médicos de AP, sino entre todos los profesionales que prestan atención al niño.

**La versión española del cuestionario EQ-5D (CY) para niños y adolescentes: innovación, posibilidades y limitaciones**

Gusi Fuertes N<sup>a</sup>, Olivares PR<sup>a</sup>, Badia X<sup>b</sup>, Morell Bernabé JJ<sup>c</sup>, Herdman M<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>Facultad Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura. Cáceres.

<sup>b</sup>Health Outcomes Research Europe.

Barcelona. <sup>c</sup>Pediatría. CS Zona Centro.

Badajoz. <sup>d</sup>Institut Municipal d'

Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona.

**Introducción:** el trabajo presenta el novedoso cuestionario EQ-5D (CY) internacional y su versión española que ha contribuido a su confección dentro de la *EuroQol Task Force*. El instrumento está destinado a cubrir una demanda importante (Atención Primaria, Pediatría, Farmacia, etc.) y servir de referencia para la evaluación de la salud relacionada con la calidad de vida en niños y jóvenes mediante un instrumento sencillo con atributos preparados para su uso en economía de la salud.

**Objetivo:** describir el proceso de innovación (traducción, adaptación cultural, validación) y características psicométricas.

**Material y métodos:** se efectuaron diversas fases: a) adaptación transcultural del instrumento internacional mediante traducción directa al español e inversa al inglés, b) evaluación de la claridad, la

aceptabilidad y la familiaridad del contenido de la versión pre-test mediante entrevistas cognitivas a 20 niños y adolescentes distribuidos en función del sexo y edad; aplicación dos veces del cuestionario final EQ-5D(CY) junto a otros cuestionarios pediátricos (*Kidscreen*, *HBSC*, *SDQ* y *FAS*) para analizar la discriminación convergente y divergente en 325 niños. Los efectos techo y suelo se calcularon en 973 niños.

**Resultados:** se obtuvo la versión española del cuestionario EQ-5D (CY) cuyas 5 dimensiones fueron claras y comprensibles en niños de 8 a 18 años. Se indican algunas diferencias conceptuales según la edad y estacionalidad en relación a las dimensiones "actividades cotidianas" y "ansiedad/depresión". El cuestionario se mostró fiable (80 a 90% de concordancia en los 5 ítems) y coherente al compararlo con otros cuestionarios pediátricos, y las características de aplicación fueron buenas.

**Conclusión:** la versión española del EQ-5D (CY) presentada es comprensible, válida y fiable para niños de 8 a 18 años. Su facilidad de uso (5 preguntas cortas con tres opciones cada una) la convierte en una herramienta potencialmente muy útil en diferentes ámbitos como Atención Primaria y Pediatría.

### Programa de prevención de la obesidad infantil "muévete con nosotros: el ejercicio te cuida"

Gusi Fuertes N<sup>a</sup>, Morell Bernabé JJ<sup>b</sup>, Parraca Martins JA<sup>a</sup>, Dávila Romero C<sup>a</sup>, Quesada Gómez F<sup>c</sup>, Herrera Molina E<sup>d</sup>.  
<sup>a</sup>*Facultad Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura. Cáceres.*  
<sup>b</sup>*Pediatría. CS Zona Centro. Badajoz.*  
<sup>c</sup>*Dirección General de Deportes, Junta de Extremadura. Mérida.*  
<sup>d</sup>*Dirección General Atención Sociosanitaria, Junta de Extremadura. Mérida.*

**Introducción:** la obesidad infantil es cada vez más frecuente, pero la obesidad de estos niños no es sólo un problema de sobrepeso y salud pública sino también de salud psicosocial y estilos de vida que requieren un enfoque más educativo, capacitación y sociosanitario.

**Objetivos:** el propósito es describir el pilotaje de un nuevo servicio de apoyo sociosanitario al equipo de atención pediátrica en Atención Primaria, basado en ejercicio físico y técnicas asertivas, para promocionar estilos de vida físicamente más activos en niños con obesidad.

**Material y métodos:** el equipo de Pediatría de Atención Primaria (pediatra y enfermero) recomienda y remite a los niños de 6 a 12 años con un percentil del

índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 95% ajustado por edad y sexo y con capacidad física para caminar a un licenciado de ciencias del deporte, que ofrece un programa basado en el servicio "Muévete con nosotros" dentro del programa de la Junta de Extremadura "El ejercicio te cuida". Cada niño es evaluado al inicio y tras 6 meses de programa, midiéndose el perfil bioquímico mediante un análisis sanguíneo, la calidad de vida relacionada con la salud mediante los cuestionarios pediátricos: EQ-5D (CY), PedsQL, y asimismo se aplicaran proxys a los padres; hábitos saludables de nutrición y actividad física y valoración de la condición física: porcentaje de grasa corporal, IMC, ICC, flexibilidad, fuerza de prensión manual, equilibrio y agilidad.

**Conclusión:** los resultados obtenidos permiten tomar decisiones para optimizar este innovador servicio de apoyo a los equipos de atención pediátrica en Atención Primaria destinado a la prevención de la obesidad infantil y promoción de estilos de vida saludables, con objeto de implementar progresivamente el servicio a los diferentes centros de Atención Primaria.

### Resultados de una encuesta sobre la obesidad infantil en pediatras de Atención Primaria

Martínez Rubio A<sup>a</sup>, Fernández Segura E<sup>b</sup>, Jurado Mateos S<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>Pediatra, CS Pilas. Distrito Aljarafe (Sevilla). <sup>b</sup>Pediatra, CS de Nerja. Granada. Servicio Andaluz de Salud.

**Introducción:** la obesidad infantil (OI) es un problema creciente en nuestro medio debido a razones ambientales y macroeconómicas. Su impacto en la salud presente y futura de la población infanto-juvenil precisa de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes. Es fundamental conocer los criterios de diagnóstico de la OI, así como los pilares del consejo nutricional. Las intervenciones comunitarias parecen ser la principal herramienta para modificar la actual situación.

**Material y métodos:** se solicita a los 51 asistentes a un taller sobre OI que respondan a una encuesta que recoge aspectos sociodemográficos y cuestiones en relación a sus conocimientos y manejo de la obesidad infantil en consultas. Las preguntas se agrupan en bloques con respuestas tipo escala Likert.

**Resultados:** el 71% de quienes asisten son mujeres. El 55% ejerce la profesión desde hace menos de 10 años. Todos disponen de tallímetro y báscula en su

consulta, pero utilizan distintos tipos de gráficas, predominando las de la Fundación Orbegozo. Sólo 7 personas responden adecuadamente a la pregunta de cuál es el criterio para el diagnóstico de OI, aunque 27 la nombran entre otros criterios. Para el cribado de patología asociada sólo 22 (43%) mide la tensión arterial. Tras el diagnóstico, 32 proponen inmediatamente cambio de hábitos y 17 esperan a que haya motivación en la familia. Derivan a endocrinología infantil en 41 casos. Pocas personas conocen en profundidad los 2 documentos públicos relacionados con la OI: La Estrategia Naos (2005) y el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012, (4 y 10 personas respectivamente).

**Comentarios:** aunque la totalidad de los encuestados disponen en sus consultas de los elementos esenciales para el diagnóstico de la obesidad: báscula y tallímetro, sólo 33 utilizan de forma habitual las gráficas de IMC para edad y sexo, claves para el correcto diagnóstico. Las recomendaciones que suelen hacer a sus pacientes incluyen más aspectos relacionados con la dieta que con el patrón actividad/sedentarismo. Solamente 3 personas dice emplear actividades grupales para la educación para la salud.

**Conclusiones:** 1. Todavía son poco conocidos los criterios adecuados para el

diagnóstico correcto de la OI. 2. Aunque el cribado de comorbilidades relacionadas con la OI es adecuado, se omite a menudo la toma de tensión arterial. 3. Es necesario difundir mejor los documentos y estrategias públicos sobre OI.

### **Sobrepeso y obesidad: comenzando desde el principio**

Hernández Encinas A<sup>a</sup>, Álvarez González V<sup>b</sup>, Díez Estrada E<sup>c</sup>, Domínguez Aurrecoechea B<sup>d</sup>, Mora Gandarillas I<sup>e</sup>, Pérez Candás J<sup>f</sup>, Suárez Gil P<sup>g</sup>.

<sup>a</sup>CS Natahoyo, <sup>b</sup>Oficina de Investigación Biosanitaria, <sup>c</sup>CS Pumarín, <sup>d</sup>CS de Otero, <sup>e</sup>CS de Infiesto, <sup>f</sup>CS La Magdalena, <sup>g</sup>Técnico de salud Área V. Asturias.

**Introducción:** los objetivos son evaluar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 0 a 14 años en el Principado de Asturias; estimar las diferencias de prevalencia de sobrepeso/obesidad por edad y sexo; evaluar en qué edades se produce con más frecuencia el paso de normopeso a sobrepeso/obesidad.

**Material y métodos:** estudio transversal durante el año 2006, de la población infantil de 0 a 14 años que tiene registro informático (OMI-AP) en los centros de salud del Principado de Asturias. Fueron estudiados todos los niños que cumplieron 2, 3, 6, 10 y 13 años y 6 y 18 meses en 2006 cuyo registro de peso y talla figurara en OMI-AP. Se estimó el porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad según los percentiles P85 y P95 para índice de masa corporal (IMC) respectivamente de las gráficas de la Fundación Orbegozo, para cada grupo de edad. En

los niños de 6 y 18 meses se utilizaron también las gráficas de la OMS, se hallaron los correspondientes intervalos de confianza para las diferencias.

**Resultados:** la población total estudiada es de 34.949 niños. Por tramos de edades el número varía desde 6.459 (6 meses) hasta 3.518 (10 años). Sumando sobrepeso y obesidad, aplicando las gráficas de Orbegozo para IMC encontramos prevalencias que van desde el 9% en la población de 6 meses hasta el 24% a los 13 años, incremento coincidente con el aumento de la edad (13% a los 2 años; 18% a los 3; 20% a los 6; 22% a los 10). Por sexos, la prevalencia es mayor en los varones a partir de los 3 años, tanto para sobrepeso como para obesidad, siendo la prevalencia de obesidad a los 6 años (16% varones vs. 8% mujeres). La comparativa con las gráficas de la OMS agrupados sobrepeso y obesidad, aporta prevalencias del 15% a los 6 meses y del 30% a los 18 meses.

**Conclusiones:** el sobrepeso y la obesidad están presentes en nuestra población desde los 6 meses de edad. Ello nos obliga a iniciar las intervenciones preventivas desde el principio de la vida (el nacimiento); la etapa entre el 2.º y 3.º año de vida se manifiesta crucial en el inicio de la obesidad, momento en que el papel del pediatra resulta primordial.

## Diseño de un programa de educación en asma para profesores de educación física de centros de enseñanza secundaria

Praena Crespo M<sup>a</sup>, Fernández Truhán JC<sup>b</sup>, Morales Lozano JA<sup>c</sup>, Navarro Montaña MJ<sup>c</sup>, Jiménez Cortés A<sup>d</sup>, Gálvez González J<sup>b</sup>, GESA<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CS La Candelaria. Sevilla.

<sup>b</sup>Facultad del Deporte, Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. <sup>c</sup>Didáctica y Organización Educativa. Universidad de Sevilla. <sup>d</sup>CS Montequinto, Sevilla.

<sup>e</sup>GESA: Grupo de Educación y Salud en Asma: Castro Gómez, Leandro (médico escolar), Cenizo Benjumea, José Manuel (maestro especialista en EF), De la Calle Fernández, Sonia (enfermera), Fernández Truan, Juan Carlos (PEF), Fúster Salas, Milagrosa (PEF), Gálvez González, Javier (PEF), Jiménez Cortés, Antonio (pediatra), Morales Lozano, Juan Antonio (profesor de Didáctica), Murillo Fuentes, Alfonso (PEF), Navarro Montaña, María José (profesora de Didáctica), Pons Tubío, Antonio (pediatra), Porras García María Elena (farmacéutica), Porras Sánchez Manuel Jesús (estadístico), Praena Crespo, Manuel (pediatra), Toscano Marchena, Maribel (enfermera), Francisco Javier Velasco Fano (profesor de Primaria).

**Introducción:** el profesor de educa-

ción física (PEF) está en condiciones inmejorables para monitorizar el estado del alumnado con asma, en momentos de mayor requerimiento por el ejercicio y de su actividad deportiva. Presentamos la metodología seguida para elaborar un programa educativo sobre asma, diseñado por un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por sanitarios, PEF y profesores universitarios.

**Material y métodos:** el trabajo se realizado por tres fases: 1.<sup>a</sup> Fase. Tras revisar la literatura sobre educación en asma se construyó una tabla de contenidos (n = 36) para la educación de asmáticos. Se pidió a 49 profesionales (23 pediatras, enfermeras y PEF) que puntuaran (1-mínimo/10-máximo) los contenidos a impartir en una clase de educación física (EF). Tras la primera ronda se calculó media y desviación típica para cada ítem y se devolvió el resultado nuevamente a los participantes, para que volvieran a puntuar comparando su puntuación con la media del grupo, según técnica Delphi. La nueva puntuación no difería significativamente de la primera y se optó por no hacer una tercera ronda. 2.<sup>a</sup> Fase. Un subgrupo de 3 pediatras, 2 enfermeras y un profesor elaboró los contenidos incluyendo dibujos, fragmentos de un video educativo sobre asma, en un borrador

para discusión por el grupo de trabajo. 3.ª Fase. En esta fase se acordó la metodología docente para cada contenido educativo (expositivo, demostrativo, interrogativo, por descubrimiento) con la que debería interactuar el docente con el alumnado.

**Resultados y discusión:** se elaboró un programa educativo que denominamos Asma, Deporte y Salud constituido por 3 clases en formato Powerpoint® para cada clase, junto con una guía didáctica para el desarrollo de las clases, un manual para el PEF para aumentar conocimientos sobre asma y un cortometraje en DVD con la historia de un adolescente para discusión del alumnado. El material recibió una valoración externa por un grupo de expertos en didáctica, médicos y profesores de educación física, con una buena puntuación en aspectos generales del programa, aspectos globales de los materiales, componentes informatizados, y aspectos específicos de los materiales en función de su estética, calidad científica, calidad didáctico-educativa, aspectos prácticos y teóricos.

**Conclusiones:** nuestro grupo ha elaborado un programa educativo sobre asma que ha sido bien valorado por expertos externos y que puede contribuir

a la educación sobre asma en las clases de educación física.

**Proyecto financiado por:** Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. N.º de Exp.: 060774. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en Ciencias de la Salud. N.º de Exp.: 0040/06.



**Ayúdanos a vivir con asma:  
intervención educativa escolar.**

**¿Qué conocen los profesores del asma?**

Domínguez Aurrecochea B<sup>a</sup>, González Guerra L<sup>a</sup>, Mola Caballero de Rodas P<sup>b</sup>, Alonso Lorenzo J<sup>c</sup>.

<sup>a</sup>CS Otero, <sup>b</sup>CS Riaño,

<sup>c</sup>Técnico de Salud del Área IV. Asturias.

**Objetivos:** describir la intervención educativa "Ayúdanos a vivir con asma" destinada a profesores de centros escolares en el marco de las actuaciones educativas del Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma (PRANA). Disponer de los conocimientos y actitudes de los profesores respecto al asma y evaluar los primeros resultados de la intervención.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de la intervención educativa y evaluación de los resultados del cuestionario anónimo pre y post intervención. Se obtuvieron distribuciones de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de centralización y dispersión en las cuantitativas. Para el análisis de las tablas de contingencia 2x2 y 2xn se empleó el estadístico Chi Cuadrado. Se obtuvieron intervalos de confianza al 95% de las medias y proporciones.

**Resultados:** la intervención educativa es desarrollada por profesionales sanitarios en los centros escolares. Se recogen

los datos del cuestionario de "conocimientos preintervención" (53 ítems) y el de "experiencia y actitudes" (13 ítems): el 88,5% piensa que sus conocimientos del asma no son suficientes, el 65,6% ha tenido en su clase niños con asma y sólo el 37,5% tiene contacto con los padres; el 68,8% permitiría que el niño se administrara la medicación en el aula. Se realiza la intervención y se recogen los cuestionarios posteriores. Se analizan 96 encuestas preintervención y se comparan con las 74 postintervención pertenecientes a 5 centros escolares.

**Conclusiones:** los profesores reconocen que no poseen conocimientos suficientes acerca del asma. Los resultados de la encuesta pre y post intervención indican que sus conocimientos acerca del asma y deporte y su tratamiento, mejoran tras la intervención.

### Escroto agudo en un lactante

Luque Salas M<sup>a</sup>, Tully A<sup>b</sup>,

Ramírez Arenas M<sup>b</sup>, Ayuso Velasco R<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>CS San Roque,

<sup>b</sup>Hospital Materno-Infantil. Badajoz.

**Introducción:** el escroto agudo es una urgencia pediátrica frecuente, que puede estar producido por diversas causas. De éstas, la torsión testicular es la que requiere mayor atención debido al daño testicular irreversible que puede ocasionar. Ante casos dudosos se debe realizar siempre la exploración quirúrgica escrotal. Se presenta más a menudo en la niñez tardía o adolescencia temprana, con una incidencia máxima aproximadamente a los 14 años de edad. La causa es desconocida.

**Caso clínico:** paciente de 13 meses, que acude a Urgencias por enrojecimiento y dolor en bolsa escrotal izquierda desde hace 5 horas. El paciente se encuentra afebril. A la exploración se observa aumento de tamaño de bolsa escrotal izquierda, rubor, dolor leve a la palpación e hidrocele. Ecografía: aumento de tamaño del teste izquierdo con pérdida de estructura del mismo por áreas de necrosis, hidrocele. Se interviene de urgencia, observando torsión extravaginal del teste izquierdo. Se realiza orquidectomía izquierda dado el estado evolutivo de la isque-

mia. Se practica pexia de teste derecho.

**Comentarios:** ante todo cuadro de escroto agudo siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de la torsión testicular debido a la gravedad de sus consecuencias si no se actúa con rapidez. Si es descubierta la torsión antes de transcurridas 6 horas, es posible la recuperación del testículo en el 90% de los pacientes.