

Dolor abdominal como motivo de consulta
Siurana Rodríguez J, Sotoca Fernández J V, Agustí Butzke B, Mayordomo Almendros M.

Dolor abdominal recurrente secundario a hematocolpos
García Reymundo M, Hidalgo-Barquero del Rosal E.

Depresiones cutáneas congénitas: un caso con 5 hoyuelos en una localización atípica y un caso familiar típico
García Reymundo M, Bermejo Pastor M, Ordoñez Medina I.

Valoración de la hipertensión arterial desde Atención Primaria. A propósito de un caso
Gil Camarero E, Portillo Márquez M, Real Terrón R, Fábrega Valverde MT, Montero Salas A, Navas Alonso P.

Las picaduras por medusas, un problema cada vez mas frecuente
Salmerón Fernández M J, García Puga JM, Ortiz González LC.

La ecografía, una herramienta fundamental en Atención Primaria
Salmerón Fernández MJ, García Puga JM, Ortiz González LC.

¿Que opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria?
García Puga JM, Villaizan Pérez C, Domínguez Aurrecochea B, Ugarte Libano R, Grupo Docencia AEPap.

Las adolescentes extremeñas de zonas rurales manifiestan peor salud relacionada con la calidad de vida y nivel de actividad física
Gusi Fuertes N, Prieto Prieto J, Morell Bernabé JJ, García Martín Y.

Sacroileitis por *brucella*. A propósito de un caso
Navas Alonso PI, Montero Salas <A, Fábrega Valverde MT, Gil Camarero E, Real Terrón R, Portillo Márquez M.

Patología hereditaria en Atención Primaria. ¿Es posible ofrecer consejo genético?
Mendoza C, Hernández M, Navarro J, Llobet JL, Castelló P, Vilalta M.

Taller de educación afectivo-sexual en adolescentes de un instituto del área 4 de Madrid
Portillo Boyero BE, Tomico del Río M, García Carmona S, Sanchez González JM, Santiago Martínez C, Moreno Moreno AB.

Tipo de lactancia empleado en los niños de la cohorte de nacimiento INMA (Valencia)
Fuentes Leonarte V, Serrano Poveda E, Álvarez de Laviada T, León Bello G, Marco Macián A, Rebagliato Russo M.

Adecuación del empleo de suplementos en el primer año de vida en los niños de la cohorte de nacimiento INMA (Valencia)
Fuentes Leonarte V, Serrano Poveda E, Álvarez de Laviada T, León Bello G, Marco Macián A, Rebagliato Russo M.

¿Sujetamos bien a nuestros niños en el coche?
Hocevar H, Orellano L, Caravaca MA, Ruiz A, Margarit I.

Situación de la atención al niño por enfermería de Atención Primaria en un distrito sanitario
Fernández Segura ME, Valdivia Jiménez C, López Verde L, Rodríguez Sánchez I, Marfil Olink S, Pareja Campos S, Serrano C, López-Salvatierra Castillo ML.

Las pediatras mujeres en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Comparación pediatras/os
Domínguez Aurrecochea B, Gutiérrez Sigler D.

Deshidratación hipernatrémica en el niño amamantado
Hijano Bandera F, Nieto del Rincón N, Alonso García LA, Visa Zuera M, Bellostas Escudero I.

Dolor abdominal como motivo de consulta

Siurana Rodríguez J^a, Sotoca Fernández JV^a, Agustí Butzke B², Mayordomo Almen-dros M^a.

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bCS Zona 1 de Albacete.

Introducción: el dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en la consulta del pediatra de Atención Primaria como en las urgencias pediátricas. Sus posibles etiologías son numerosas y diversas, pero la labor principal del facultativo es diagnosticar las patologías cuyo tratamiento debe ser inmediato, principalmente las quirúrgicas.

Objetivos: describir la frecuencia del dolor abdominal como motivo de consulta en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital de nivel 3b, su manejo y los diagnósticos finales emitidos.

Material y métodos: estudio retrospectivo descriptivo analizando los datos de los pacientes que consultaron en urgencias pediátricas con dolor abdominal como motivo de consulta durante el año 2007.

Resultados: contabilizamos 715 motivos de consulta por dolor abdominal (19,1% del total de visitas a urgencias); 180 pacientes (25,2%) fueron derivados por un facultativo de AP mientras que 535 (74,8%) acudieron por petición propia. Los rangos de edad predominantes

fueron: 5-9 años (43,6%) y 10-13 años (36,1%). Al área de observación pediátrica ingresaron 149 pacientes (20,8%), de los cuales se hospitalizaron 76 pacientes (10,6%). La procedencia de estos últimos fue: 40 (52,6%) derivados por un facultativo y 36 (47,4%) por petición propia. El número total de apendicitis fue 53 (7,4%).

Conclusiones: el dolor abdominal es un síntoma difícil de valorar presente en múltiples patologías. La falta de pruebas objetivas presentes en el ámbito de la Atención Primaria que permitan cualificar la gravedad o diagnosticar los procesos potencialmente quirúrgicos, conlleva que el dolor abdominal sea un motivo frecuente de consulta en el servicio de urgencia. Por otro lado, sólo un pequeño porcentaje, el 10,6% en nuestra serie, acaban hospitalizándose. Los datos obtenidos de frecuencia de apendicitis no distan mucho de los publicados en series de otros hospitales españoles.

Dolor abdominal recurrente secundario a hematocolpos

García Reymundo M, Hidalgo-Barquero del Rosal E.

Hospital Materno Infantil. Badajoz.

Introducción: el himen imperforado es un trastorno del desarrollo embriológico, que aunque poco frecuente, es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino. Con dos picos de incidencia: neonatal (0,1% de las recién nacidas). La clínica es variable, en adolescentes suele presentarse como amenorrea primaria y crisis de dolor periódico hipogástrico y/o retención urinaria.

Caso clínico: niña de 13 años que consulta por anuria y dolor abdominal moderado, continuo, hipogástrico, de 48 horas de evolución. Inicialmente el dolor se había acompañado de disuria, sin poliuria. Posteriormente, había encontrado una progresiva dificultad para orinar, hasta serle imposible conseguir la micción. Afebril. En los últimos tres meses había presentado tres episodios de dolor abdominal acompañados de disuria, diagnosticados de ITU. Antecedentes personales: no menarquia. Exploración física: abdomen distendido, tumoración dura dolorosa, suprapúbica que alcanza la altura del ombligo. Exploración genital: masa azulada protuyente en introito vaginal, dolorosa al tacto. Diagnóstico:

hematocolpometra secundaria a himen imperforado y anuria por obstrucción uretral extrínseca. Se realizó himeneotomía evacuadora y posteriormente una himenoplastia reglada.

Comentarios: el himen imperforado a pesar de ser una patología poco frecuente, debe ser tenido en cuenta tanto en el período neonatal como puberal. Los signos urinarios debidos a compresión pueden ser el origen de una retención aguda de orina, disuria, infección urinaria e hidronefrosis bilateral. El diagnóstico se fundamenta en una buena historia clínica y exploración física, dentro de la cual es fundamental realizar una cuidadosa inspección genital. La ecografía es la prueba complementaria fundamental para el despistaje de anomalías asociadas. Aunque el diagnóstico es sencillo, debe hacerse de forma precoz, pues pueden aparecer complicaciones graves (piohematocolpos, infertilidad e hidronefrosis) y retrasar el diagnóstico de otros defectos congénitos del desarrollo urogenital.

**Depresiones cutáneas congénitas:
un caso con 5 hoyuelos en una localización
atípica y un caso familiar típico**

García Reymundo M^a, Bermejo Pastor M^b,
Ordóñez Medina I^c.

^aHospital Materno Infantil. Badajoz. ^bCS
"Valdepasillas". Badajoz. ^cCS "Ciudad
Jardín". Badajoz.

Introducción: las depresiones cutáneas congénitas son una entidad poco frecuente, siendo encuadradas cuando su localización está alrededor de la articulación del hombro dentro de los hoyuelos supraespinosos congénitos. Estos hoyuelos se localizan habitualmente en la cara o sobre las prominencias óseas, siendo raro encontrarlas fuera de estas ubicaciones. Suelen estar presentes desde el nacimiento, y en la mayoría de los casos, se presentan como una lesión única, de forma aislada, siendo considerados como una entidad benigna de etiología desconocida. Sin embargo, varias publicaciones presentan este tipo de defectos cutáneos relacionados con gran variedad de patologías de mayor importancia. Caso 1: varón de 3 meses, con 5 depresiones cutáneas en la región deltoidea izquierda. La madre no fue sometida a amniocentesis durante el embarazo. No hay lesiones cutáneas similares en el resto de la familia. La peculiaridad de nuestro paciente es la presentación agrupada de

múltiples lesiones, en una localización atípica. Parece tratarse de una forma aislada, con una presentación no hereditaria o secundaria a una mutación de novo. Caso 2: varón de 3 meses, con hoyuelos congénitos escapulares bilaterales, sin otros antecedentes de interés. Su hermano de 2,5 años, su madre, su hermana de 4 años, su abuelo y 4 tías maternas presentan hoyuelos congénitos escapulares. En este caso de presentación familiar parece claro el patrón de herencia autosómico dominante, como es descrito en la literatura.

Comentarios: las depresiones cutáneas congénitas pueden ser un hallazgo más frecuente de lo que aparece en la literatura. Circunstancia que es especialmente importante para la Pediatría de Atención Primaria, donde suelen ser encontrados como hallazgo casual en más pacientes de los que están reportados. Por esto consideramos necesario el conocimiento por parte del pediatra, de las depresiones cutáneas congénitas y sus distintas formas de presentación, pues su localización o asociación a otra clínica, puede orientarnos hacia una patología de mayor trascendencia.

Valoración de la hipertensión arterial desde Atención Primaria.

A propósito de un caso

Gil Camarero E, Portillo Márquez M, Real Terrón R, Fábrega Valverde MT, Montero Salas A, Navas Alonso P. *Hospital de Mérida. Badajoz.*

Introducción: el estudio de la hipertensión arterial requiere de una anamnesis y una exploración física detallada con realización de pruebas complementarias más o menos complejas. Las causas más frecuentes de hipertensión arterial (HTA) en la adolescencia son de origen renal y la HTA esencial. La coartación aórtica es poco frecuente, pero su diagnóstico de presunción es muy asequible desde Atención Primaria y está basado en una exploración física básica que incluya auscultación cardíaca, palpación de pulsos femorales y toma de tensión arterial en los cuatro miembros. La coartación de aorta se refiere a un estrechamiento de la arteria aorta, en su mayoría yuxtaductal, que produce obstrucción al flujo aórtico. Se da en 2,09/10.000 nacidos vivos. Se debe sospechar en la exploración clínica ante una diferencia de intensidad de los pulsos en la zona proximal y distal a la coartación, así como una diferencia de tensión arterial, presentando hipertensión en miembros superiores. La ecocardiografía doppler confirmará el diagnóstico.

Caso clínico: niña de 12 años de edad que acude a su pediatra por presentar cefalea de una semana de evolución. En su centro de salud le detectan hipertensión arterial (150/95; $p > 95$) que se confirma en varias ocasiones. Antecedentes personales: embarazo gemelar, controlado. Parto por cesárea. Periodo neonatal normal. Desarrollo psicomotor normal. No enfermedades ni ingresos previos. Antecedentes familiares: padres sanos. Hermana gemela sana. Exploración física: Peso 61 kg (p97), talla 159 cm (p77), IMC 25. TA: MSD: 161/79, MSI: 152/87, MID: 132/69, MII: 110/63 ($p > 95$). BEG, normocoloreada, eupneica, tórax normoconfigurado. Latido cardíaco normal, pulsos normales en extremidades superiores, pero se palpan con mucha dificultad en las inferiores. No frémito. AC: tonos rítmicos, soplo protomesosistólico 2/6 eyectivo en foco aórtico, no irradiado. AP: ventila correctamente ambos campos pulmonares, sin ruidos añadidos. Abdomen: normal, no megalias. Pruebas complementarias: ECG: normal. Ecocardiografía: estrechamiento del istmo aórtico de alrededor 0,78 cm, gradiente máximo 28 mm Hg a la salida de la subclavia izquierda. Angioresonancia magnética: confirma obstrucción a nivel del istmo aórtico de 7 mm. Evolución: pre-

cisa corrección quirúrgica mediante *stent* presentando como complicación disección de arteria femoral, con buena evolución posterior.

Conclusión: una buena exploración física que incluya la palpación de pulsos femorales y la toma de tensión arterial en los cuatro miembros debe ser imprescindible en la evaluación del niño adolescente con hipertensión arterial, lo cual a menudo se obvia en este rango de edad. La coartación de aorta es un diagnóstico que debemos plantearnos como evaluación de una hipertensión arterial.

Las picaduras por medusas, un problema cada vez más frecuente

Salmerón Fernández MJ^a,
García Puga JM^b, Ortiz González LC^c.

^aHospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, ^bCS Salvador Caballero, ^cCHARE Guadix. Granada.

Introducción: las medusas son animales pertenecientes al grupo de los cnidarios caracterizados por poseer células urticantes. Existen diferentes clases de medusas, cada cual con morfología, tamaño y toxicidad diferente (neurotoxinas y citotoxinas). En los últimos años gran cantidad de medusas han invadido las costas por distintos factores, aumentando las lesiones producidas por éstas. Tras el contacto con una medusa, las lesiones cutáneas urticariales son las más frecuentes, pero también pueden aparecer síntomas generales. En caso de hipersensibilidad, puede complicarse con una reacción alérgica o anafiláctica grave.

Objetivo: informar sobre el aumento en las lesiones producidas por las medusas, su potencial gravedad y posibles complicaciones.

Material y métodos: a propósito de tres casos vistos en una consulta de un centro urbano en una ciudad de interior, se revisa la clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, manejo/tratamiento y posibles secuelas de una picadura de me-

medusa. Se aportan las imágenes de 3 tipos de lesiones observadas; lesión urticarial, lesión ampollosa y queiloide. Ante estas imágenes se plantea el diagnóstico diferencial con otras lesiones dérmicas como infecciones cutáneas bacterianas (impétigo), dermatosis víricas (herpes zóster), etc., según el caso, por lo que es importante para el diagnóstico el antecedente de contacto con el animal.

Conclusiones: es importante conocer el aumento de las lesiones por medusa en los últimos años. En zonas costeras hay que conocer el manejo y tratamiento para actuar de forma precoz evitando complicaciones. Atención especial a niños con antecedentes de alergias, asma o dermatitis atópica, ya que se puede producir una reacción más severa. En zonas de interior es una consulta menos frecuente con lesiones en evolución o cicatriz.

La ecografía, una herramienta fundamental en Atención Primaria

Salmerón Fernández MJ^a,
García Puga JM^b, Ortiz González LC^c.

^aHospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, ^bCS Salvador Caballero, ^cCHARE Guadix. Granada.

Introducción: la ecografía es una técnica económica, rápida, incruenta e inocua, convirtiéndose en la segunda técnica de imagen más utilizada para el diagnóstico y realización de estudios intervencionistas como biopsias o drenajes. Desde Atención Primaria permite una derivación más precoz y dirigida al especialista más adecuado. En los niños, al tener menos grasa se obtienen imágenes más nítidas. El inconveniente de esta técnica es que es ecografista dependiente. Tiene un amplio uso en la pediatría hospitalaria estando limitada en Atención Primaria por la demora que supone la derivación al servicio de radiología desde los centros de salud en los que es posible.

Objetivo: exponer la necesidad del pediatra de Atención Primaria de tener acceso a una prueba diagnóstica tan esencial como es la ecografía.

Material y métodos: revisión de los estudios de imagen solicitados en un centro de salud urbano que atiende a una población de 1.207 niños de 0 a 14 años, durante los últimos 10 años. Del total

destacamos ocho ejemplos de los que se muestran las imágenes diagnósticas; normalidad neurológica, duplicación pielou-reteral, cuerpo extraño radio lúcido, displasia de caderas, litiasis biliar, quiste poplíteo y los hallazgos casuales de un quiste de bazo y otro folicular ovárico.

Conclusiones: en el campo de la Pediatría en Atención Primaria, la ecografía es un complemento muy eficaz para el diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías. Consideramos que todo pediatra de Atención Primaria debe tener acceso a la información que aporta esta técnica diagnóstica. Actualmente es una utopía la realización de esta técnica en la consulta por la limitación en el acceso al ecógrafo, la falta de formación en esta técnica y la gran demanda clínica en las consultas de Pediatría.

¿Qué opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria?

García Puga JM^a, Villaizan Pérez C^b, Domínguez Aurrecoechea B^c, Ugarte Libano R^d, Grupo Docencia AEPap^e.

^aCS Salvador Caballero. Granada.

^bCS Sonseca. Toledo. ^cCS Otero, Oviedo.

Asturias. ^dCS Aranbizkarra. Vitoria.

Introducción: en la formación de los residentes de Pediatría (MIR), la necesidad de rotación por Atención Primaria (AP) ha sido largamente reivindicada. Desde 2007 y de forma obligatoria los MIR rotarán por centros de salud durante 3 meses. Nuestro grupo discrepa de la forma de rotación propuesta. Es nuestro objetivo conocer las opiniones de pediatras (P) hospitalarios (PH), de Atención Primaria (Pap) y MIR en cuanto a tiempo, periodo de realización y expectativas de rotación.

Material y métodos: estudio transversal con encuesta validada de 13 preguntas, cuya distribución a las distintas asociaciones de la AEPap y su cumplimentación se realizó a través de su página web. Los datos se procesaron con paquete estadístico SPSS® 12.0, utilizándose en su análisis el test del Chi cuadrado.

Resultados: se recogen 323 encuestas de 13 comunidades, contestadas por: PH 5,26%; Pap 56,03% y MIR 36,84%.

Mujeres 61,76% (MIR 69,6%). La distribución por edad fue < 30 años 32,8% (MIR 84%) y de 41-50, 31,2% (P: 48,52%). El 96,6% cree necesaria rotación por AP (P: 98,47% y MIR 94,45 %; $p < 0,05$). El 59,8% cree inadecuado rotar 3 meses (PH: 1 ó 6 meses 37,5%, Pap: 6 meses 70,83%; MIR: 2 meses el 35,29%; $p < 0,05$). El 55,5% piensa que se debe realizar en dos periodos (P: R1-R4 30,96% y MIR: 37,85% R1, 2, 3 y 4). Un 63,2% de Pap considera necesaria la rotación de 6 meses el último año (29,41% de PH; 49,57% de los MIR). El 61,03% de los MIR espera mejorar su formación durante la rotación.

Conclusiones: la necesidad de rotar por AP es casi unánime. Para la mayoría 3 meses son inadecuados, decantándose por 6 meses los Pap. Hay dos preferencias mayoritarias en cuanto al periodo de rotación, una R1/R4 y otra en cualquier año de residencia. Se opina que los que piensan trabajar en AP deberían rotar 6 meses en R4. La expectativa prioritaria de los MIR en su rotación es mejorar su formación.

Las adolescentes extremeñas de zonas rurales manifiestan peor salud relacionada con la calidad de vida y nivel de actividad física

Gusi Fuertes N^a, Prieto Prieto J^a, Morell Bernabé JJ^b, García Martín Y^c.

^aFacultad Ciencias del Deporte, Universidad de Extremadura. Cáceres.

^bPediatra, CS Zona Centro. Badajoz.

^cHospital de Cáceres, Servicio Extremeño de Salud. Cáceres.

Introducción: el nivel de actividad física, como hábito saludable, es un determinante importante del estado de salud y la calidad de la vida en la población, y la adolescencia es un momento crucial para el establecimiento de comportamientos saludables. Se observa un déficit de conocimiento en las relaciones entre la salud relacionada con la calidad de vida (SRCAV) y el nivel de actividad física en territorio urbano y rural para contribuir a la promoción de la actividad física como medio de Educación para la Salud en esta población por parte de los equipos pediátricos de Atención Primaria.

Objetivo: el propósito de este estudio es comparar la percepción de la SRCAV y el nivel de actividad física en adolescentes que viven en poblaciones urbanas y rurales de Extremadura.

Material y métodos: 1.143 adolescentes con edades entre los 13 y 18 años

(49,3% mujeres) de centros escolares de Extremadura (50,1% rural), completaron una batería de cuestionarios autoadministrados en una única sesión para valorar aspectos sociodemográficos, SRCAV (EQ-5D y Escala Visual Analógica) y nivel de actividad física (IPAQ).

Resultados: los adolescentes que viven en zonas rurales manifestaron peor SRCAV en las dimensiones de movilidad ($p = 0,05$) y dolor/malestar ($p = 0,017$) y en la percepción de la salud evaluada con la escala visual analógica ($p = 0,000$). Asimismo, las adolescentes mujeres manifestaron peor SRCAV en las dimensiones de dolor/malestar ($p = 0,000$), ansiedad/depresión ($p = 0,000$) y en la percepción de salud evaluada con la escala visual analógica ($p = 0,000$). En cuanto al nivel de actividad física, adolescentes rurales y mujeres han visto reducida la cantidad de actividad física en los últimos 12 años, lo cual guarda una estrecha relación con las dimensiones actividades cotidianas ($p = 0,004$), dolor/malestar ($p = 0,003$) y percepción de la salud ($p = 0,000$).

Conclusiones: los adolescentes que viven en zonas rurales, especialmente las féminas, perciben una peor SRCAV y realizan menos actividad física informal. Se recomiendan medidas para promocionar actividades que reduzcan dicha inequidad.

Sacroileitis por *brucella*.

A propósito de un caso

Navas Alonso PI, Montero Salas A, Fábrega Valverde MT, Gil Camarero E, Real Terrón R, Portillo Márquez M.
Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: la brucelosis es una zoonosis causada por la bacteria del género *Brucella*, siendo más frecuente la especie *B. melitensis*. Hay diferentes formas de contagio, predominando la forma digestiva en Pediatría. España se considera país endémico con máxima incidencia en zonas rurales de Castilla, Aragón, Andalucía y Extremadura. Su incidencia ha descendido por la pasteurización obligada de la leche y derivados.

Caso clínico: niño de 4 años con fiebre alta intermitente de 3 semanas de duración acompañada a partir de la segunda semana, de cojera en miembro inferior izquierdo. Antecedentes personales: hipocusia neurosensorial bilateral severa con implante coclear a los 13 meses. Niega ingesta de lácteos sin pasteurizar. Antecedentes familiares: trombopenia en rama paterna. Exploración física: febril a su ingreso con buen estado general. Sopro sistólico inespecífico vibratorio. Movilidad dolorosa a la rotación externa e interna de la cadera izquierda. No signos inflamatorios en ninguna articulación. No megalias. Resto normal. Pruebas complementarias:

Hemograma: 3.600 leucocitos con linfomonocitosis. Serie roja normal. Plaquetas 46.000. VSG: 20 mm. Bioquímica general y factor reumatoide normal. PCR 88,7 mg/l. Procalcitonina 0,5-2 ng/ml. Rosa de bengala negativo. Serología hepatitis A, B y C, CMV, VEB y Toxoplasma negativos. Sedimento de orina normal. Ecografía de cadera y rodilla izquierda normales. Serología mediante aglutinación para *Brucella* positivo con título 1/640 y hemocultivo positivo a *Brucella*. Gammagrafía compatible con sacroileitis izquierda. Evolución: se inicia tratamiento con cefotaxima ante la posibilidad de osteomielitis. El rosa de Bengala al ingreso es negativo, positivizándose posteriormente junto con la serología y el hemocultivo para *Brucella*, por lo que se pauta rifampicina y cotrimoxazol durante 6 semanas, con evolución favorable.

Conclusión: es un diagnóstico a tener en cuenta ante cojera en zona endémica. La negativización inicial de rosa de Bengala no excluye el diagnóstico. La sacroileitis es una complicación frecuente que se debe descartar.

Patología hereditaria en Atención Primaria. ¿Es posible ofrecer consejo genético?

Mendoza C, Hernández M, Navarro J, Llobet JL, Castelló P, Vilalta M. *ABS Collblanc, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.*

Introducción: el consejo genético tiene una importancia creciente en la Pediatría moderna siendo a menudo el pediatra el primer profesional que entra en contacto con los pacientes con defectos congénitos y se afronta a las incógnitas planteadas por los padres sobre el riesgo de recurrencia. Nuestro objetivo es evaluar si desde los centros de Atención Primaria, asumiendo nuestras limitaciones, podemos ofrecer de forma individualizada un cálculo de riesgo por cada paciente estudiado.

Material y métodos: presentamos las historias clínico-familiares de cuatro pacientes hijos de progenitores sanos no consanguíneos afectados de entidades con posible patrón de herencia conocido: síndrome de Down, síndrome de Angelman, acondroplasia y síndrome de Noonan. Tras estudiar los patrones hereditarios y su expresividad se analiza si es posible o no evaluar el riesgo de recurrencia de la forma más acertada en base a los datos obtenidos en cada caso.

Resultados y conclusiones: en los casos de acondroplasia y síndrome de Down,

con herencias muy bien conocidas, se puede orientar a las familias desde la consulta. Sin embargo, vemos que la paciente afecta de síndrome de Angelman precisaría estudios de mutación (al caso y ambos progenitores) y evaluación por el genetista para poder ofrecer un asesoramiento. En el paciente afecto de síndrome de Noonan los estudios tan sólo podemos ofrecernos un riesgo empírico global de recurrencia. El consejo genético es complejo y debe ser multidisciplinar. Consideramos que el pediatra ha de conocer las técnicas diagnósticas más utilizadas en la actualidad como el cariotipo de alta resolución y citogenética molecular (técnica FISH), debiendo olvidar los aspectos más clásicos de la genética para adaptarlos a los conocimientos actuales.

Taller de educación afectivo-sexual en adolescentes de un instituto del área 4 de Madrid

Portillo Boyero BE^a, Tomico del Río M^b,
García Carmona S^c, Sánchez González JM^c,
Santiago Martínez C^a,
Moreno Moreno AB^a.

^aCS Gandhi, ^bCS Humanes,
^cCS García Noblejas. Madrid.

Introducción: un instituto del Área 4 de Madrid solicita, a través de la mesa de salud escolar, una intervención sobre orientación afectivo-sexual en adolescentes, dada la problemática de embarazos no deseados, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Objetivo: aumentar los conocimientos sobre afectividad y sexualidad en los adolescentes de dicho instituto, encaminado a disminuir los embarazos no deseados, IVE y ETS.

Material y métodos: tras evaluar los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad mediante una encuesta anónima, se realiza un taller de educación afectivo-sexual, de 3 horas de duración, con los aspectos más relevantes.

Resultados: se imparten 7 talleres realizados por un equipo multidisciplinar (12 enfermeros, 3 alumnos de 3.º de Enfermería, 4 médicos y 1 trabajador social), de 3 centros de salud destinados a cinco

cursos de 3.º y cuatro de 4.º de ESO (207 alumnos). El taller se organiza en 3 sesiones: 1. Afectividad en la sexualidad (importancia de la sexualidad: cómo conocerse, respetarse y estar contento con uno mismo). 2. Anatomía y ETS. 3. Métodos anticonceptivos, taller del preservativo, direcciones de interés y evaluación final. Las sesiones se basan en la interacción constante con el adolescente, a través de juegos, clases prácticas y dinámicas de grupo. Los alumnos fueron muy participativos y mostraron gran interés en todos los talleres realizados, tanto por los contenidos como por los métodos educativos empleados. Los padres, profesorado y dirección del colegio han transmitido su agrado por la forma en que se han realizado estos talleres.

Conclusiones: a raíz de dicha intervención la dirección del colegio ha solicitado la planificación de estos talleres en años sucesivos, ampliándolos a cursos previos. Observando los resultados consideramos que es necesario extender este tipo de talleres dentro del modelo de atención comunitaria.

Tipo de lactancia empleado en los niños de la cohorte de nacimiento INMA (Valencia)

Fuentes Leonarte V^a, Serrano Poveda E^b, Álvarez de Laviada T^c, León Bello G^d, Marco Macián A^e, Rebagliato Russo M^f.

^aFundación Investigación Hospital La Fe. Valencia. ^bCS Benicalap. Valencia.

^cCS Barrio de la Luz. Valencia.

^dUniversidad Miguel Hernández.

^eHospital Universitario La Fe. Valencia.

^fUniversidad Miguel Hernández.

Introducción: el período de lactancia corresponde a los primeros 4-6 meses de vida, a lo largo de los cuales la alimentación debe ser exclusivamente la leche materna o las fórmulas de leche adaptadas. Pasado este período la Asociación Española de Pediatría recomienda continuar con la lactancia materna hasta los 24 meses de vida.

Objetivo: describir el tipo de lactancia empleado en los niños de la cohorte INMA a lo largo de su primer año de vida: tipo, mes de inicio y duración.

Material y métodos: estudio de cohortes de nacimiento en un departamento de salud. Al cumplir el primer año de vida se citó a los niños de la cohorte para realizarles mediciones antropométricas, un test de desarrollo psicomotor y dos cuestionarios: uno sobre infecciones y otro sobre hábitos de alimentación y suplemen-

tación. El cuestionario incluía diversas preguntas acerca del tipo de lactancia.

Resultados: la mayor parte (55%, N = 387) recibió lactancia mixta. De ellos, el 66% tomaron pecho y biberón de forma simultánea en algún momento y el resto 34% pecho y biberón en momentos distintos. De las 705 madres entrevistadas, un 79% dio lactancia materna en algún momento (n = 556). De ellas, el 73% pertenecía al grupo de lactancia materna exclusiva. El 21,6% continuaban la lactancia materna en el momento de la visita del primer año (n = 120). El 25% de los niños recibió lactancia artificial exclusiva. El 88% de las madres que empleó este tipo de lactancia refirió haber tomado la decisión por sí misma.

Conclusiones: 1. Hubo una alta predisposición de las madres a elegir la lactancia materna como alimentación adecuada. 2. Una quinta parte de las madres mantuvo la lactancia hasta al año de vida. 3. La decisión sobre el tipo de lactancia recae básicamente en la madre.

Adecuación del empleo de suplementos en el primer año de vida en los niños de la cohorte de nacimiento INMA (Valencia)

Fuentes Leonarte V^a, Serrano Poveda E^b, Álvarez de Laviada T^c, León Bello G^d, Marco Macián A^e, Rebagliato Russo M^f.

^aFundación Investigación Hospital La Fe. Valencia. ^bCS Benicalap. Valencia.

^cCS Barrio de la Luz. Valencia.

^dUniversidad Miguel Hernández.

^eHospital Universitario La Fe. Valencia.

^fUniversidad Miguel Hernández.

Introducción: durante el período de lactancia no existe la necesidad de otros aportes nutricionales salvo en situaciones especiales, pues la leche materna en mujeres con buen estado nutricional y las fórmulas adaptadas aportan todos los nutrientes necesarios para el correcto crecimiento y desarrollo.

Objetivo: describir los hábitos de suplementación en los niños de la cohorte INMA a lo largo de su primer año de vida: tipo, mes de inicio y tiempo de consumo de los suplementos.

Material y métodos: estudio de cohortes de nacimiento en un departamento de salud. Al cumplir el año de vida se citó a los niños para realizarles mediciones antropométricas, un test de desarrollo psicomotor un cuestionario sobre infecciones y otro sobre hábitos de alimenta-

ción y suplementación.

Resultados: se obtuvo el cuestionario de 705 niños. El 22% había consumido suplementos y el 78% no. Los suplementos se clasificaron en: vitamínicos (multivitamínicos, vitaminas C y D), sales de hierro, vitaminas, y otros (estimulantes del apetito, calcio, suplementos calóricos). La mayoría (56%) los consumía durante un período igual o inferior a 3 meses. El 46% empezó en el primer semestre y el 24% entre los 9 y 12 meses de vida. Motivos de suplementación: 1. No justificados: refuerzo crecimiento, pérdida apetito, ganar peso, cambio de leche, empezar guardería, retraso dentición, prevenir caries, resfriado, fractura clavícula, cierre fontanela. 2. Justificados: prematuridad, retraso pondoestatural marcado y anemia.

Conclusiones: casi la cuarta parte de los niños consumieron suplementos en algún momento dentro de su primer año de vida, pero más de la mitad no presentaba un motivo justificado para consumirlos.

¿Sujetamos bien a nuestros niños en el coche?

Hocevar H, Orellano L, Caravaca MA, Ruiz A, Margarit I.

ABS Martí i Julià. Cornellà, Barcelona.

Introducción: los accidentes de tráfico son una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en la infancia en los países occidentales. El uso de medidas de sujeción permite reducir su incidencia.

Objetivos: conocer las medidas de sujeción usadas en los niños de nuestra población, unos 5.000 niños de una localidad del Baix Llobregat, adscritos a nuestro centro de salud.

Material y métodos: se realiza una encuesta de preguntas múltiples a los padres de nuestros pacientes que acuden espontáneamente a la consulta en noviembre del 2007. Las edades de los niños están entre los 0 y los 15 años. La encuesta consta de 12 preguntas, es anónima y una para cada hijo. Incluye la edad del niño, el uso del cinturón, los materiales de sujeción empleados, los antecedentes de accidentes y sus consecuencias. Los resultados han sido analizados mediante la página de cálculo Excel®.

Resultados: se recogieron 300 encuestas. El 83% de la muestra son niños de edad inferior a los 6 años. El 96% tienen

coche propio. El 56% tienen un segundo coche, y un 18% poseen un doble sistema de seguridad, mientras que el resto adaptan el del primero. El 6% no usan ninguna medida en este segundo coche. El 100% de los adultos se abrochan el cinturón. El 96% desconectan el airbag cuando el niño va delante. Por grupos de edad, los más desprotegidos son un 7% de entre 0 y 12 meses.

Conclusiones: las respuestas han sido tan correctas que pensamos en un sesgo por la edad y por el buen conocimiento de los padres de la normativa y de los riesgos. También saben qué hacer al cambiar de vehículo y no diferencian entre los trayectos largos y cortos. Este resultado se contradice con otros estudios en que se objetiva menor cumplimiento y por la existencia de accidentes en que el menor va desprotegido. Creemos aun así que la experiencia ha sido positiva para concienciar a la población y disminuir el riesgo de accidentes y sus secuelas. Pensamos completar el estudio haciendo encuestas a los niños mayores directamente en los colegios.

Situación de la atención al niño por enfermería de Atención Primaria en un distrito sanitario

Fernández Segura ME, Valdivia Jiménez C, López Verde L, Rodríguez Sánchez I, Marfil Olink S, Pareja Campos S, Serrano C, López-Salvatierra Castillo ML.

Pediatras. Distrito Sanitario Axarquía. Málaga. Servicio Andaluz de Salud.

Introducción: parte de la misión de la enfermería consiste en elevar el nivel de autocuidado de los ciudadanos o compensar la deficiencia del mismo. Sin embargo el papel de la enfermería de Atención Primaria (AP) en la atención al niño se encuentra con las siguientes debilidades: gran variabilidad en la oferta de servicios entre los distintos centros, en la mayoría de los casos inexistencia de atención en patología aguda, unas funciones de enfermería poco definidas y dificultades en la relación pediatra-enfermera.

Objetivos: descripción de las actividades desempeñadas por el personal de enfermería de AP del DS Axarquía (Málaga) en relación a la atención y cuidados del niño durante el primer trimestre de 2008. Establecer comparaciones de las actividades desarrolladas en cada uno de los centros. Conocer el número de enfermeros comunitarios en la atención infantil.

Material y métodos: encuesta de recogida de datos por centros de salud del DS Axarquía pasada a los adjuntos de enfermería sobre actividades de atención y cuidado del niño realizadas por el personal de enfermería y matronas.

Resultados: las actividades identificadas que no se realizan en ninguno o casi ninguno de los centros son: realización de prick test, timpanometrías, seguimiento del niño con enuresis nocturna, colaboración con asociaciones de enfermos de asma y centros escolares y seguimiento del neurodesarrollo. Las respuestas en relación a la atención al niño crónico (obeso/sobrepeso, diabetes, asma y atención a prematuros con altas precoces) se realizan en la mitad o menos de la mitad de los casos. Respecto a las actividades relacionadas con otros servicios destacamos que en casi todos los centros sólo se realizan extracciones a mayores de 2 años y en algunos se ha iniciado la realización de sondaje vesical; el resto de las actividades contrastadas son realizadas de manera habitual. Las matronas colaboran sólo en 2 centros con asociaciones locales de apoyo a la lactancia materna y el Programa Forma Joven. Se han identificado 2 centros con enfermeros comunitarios en la atención infantil.

Conclusiones: se identifican como realizadas la mayoría de las actividades clásicas de la enfermería de AP en relación a la atención y cuidado del niño. Son escasos los centros cuyas actividades están adaptadas a los nuevos retos en salud y nuevas demandas, como es la atención al niño crónico. En pocos centros la matrona se encuentra implicada en actividades comunitarias de promoción de la lactancia materna y educación sexual.

Las pediatras mujeres en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Comparación pediátras/os

Domínguez Aurrecochea B^a,
Gutiérrez Sigler D^b.

^aCS Otero. Oviedo,

^bCS Pintor Stolz. Valencia.

Objetivos: conocer la participación de las pediatras mujeres en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Comparar el grado de implicación en las diferentes actividades de pediatras mujeres y hombres.

Material y métodos: estudio descriptivo de la pertenencia de las pediatras a la asociación y su participación en los órganos de dirección y grupos de trabajo; de su implicación en actividades de formación continuada y publicaciones en Atención Primaria (AP). Se calculan los porcentajes para las diferentes variables.

Resultados: el número total de pediatras en España en 2006 es de 8.143 con una tasa de feminización de 0,56, ocupando el cuarto lugar de 47 especialidades. Pertenencia a la AEPap: el número de socios de la AEPap es de 2.215 de los que 1.580 son mujeres (71%) oscilando el porcentaje de las diferentes asociaciones autonómicas entre el 81% de Madrid y el 43% de Murcia. Participación en los órganos de dirección: en las juntas di-

rectivas el porcentaje de mujeres oscila entre el 81% de Castilla y León y el 17% de La Rioja, siendo el global del 56%. Son presidentes de asociaciones autonómicas el 50% y coordinadoras de los grupos de trabajo el 27%. Participación en las actividades de formación continuada: en el curso de actualización de Madrid en 2005: el 76% de los pediatras inscritos eran mujeres y en el 2008 el 78%; el porcentaje agrupado de moderadoras y ponentes es del 43% y el de ponentes el 27%. Publicaciones en AP: la proporción de mujeres autoras de la Revista Pediatría de Atención Primaria desde 1999 hasta 2007 en relación con los hombres es del 49%.

Conclusiones: las pediatras mujeres participan como receptoras de formación (alumnas) y pertenecen a la AEPap en un porcentaje superior a la feminización de la profesión, pero su implicación como docentes es mucho menor. Tienen una participación importante en los órganos de dirección, siendo similar a la tasa de feminización. El porcentaje es menor en su implicación en las publicaciones científicas y en la coordinación de los grupos de trabajo.

Deshidratación hipernatémica en el niño amamantado

Hijano Bandera F, Nieto del Rincón N, Alonso García LA, Visa Zueras M, Bellostas Escudero I.

CS Monterrozas. Las Rozas, Madrid.

Introducción: en los últimos 10 años se han publicado numerosos casos de recién nacidos con deshidratación hipernatémica (> 150 mEq/L) asociada a lactancia materna exclusiva (LM). En los amamantados se considera normal que en los 5 primeros días tras el parto, ocurra una pérdida de peso del 5-7%; a partir de entonces, si la LM es adecuada, han de comenzar a ganar peso, entre 15-40 g/día, recuperando el que tuvieron al nacer a los 7-14 días. Si al 4.º-5.º día de vida la pérdida de peso supera el 7%, se ha de proceder a una evaluación minuciosa. Caso 1: recién nacido a término mujer, peso 2.700 gramos, producto de primera gestación y 5 días de vida, que es alimentada al pecho con pezonería por pezones invertidos. Los padres consultan por estreñimiento desde el segundo día, aunque horas antes de su visita tuvo una deposición. En la exploración destaca la presencia de tinte subictérico, sequedad de mucosas y llanto de tono agudo. La succión es débil. Se constata pérdida de peso del 18% (peso 2.200 g). A su ingreso en el hospital presenta hipernatremia

(165 mEq/l), hiperbilirrubinemia (26 mg/dl) e incompatibilidad de grupo (anti A). Caso 2: recién nacido a término varón, peso 3.700 gramos, producto de primera gestación y 4 días de vida, alimentado con LM. Los padres consultan porque aprecian que su hijo se queda con hambre. En la exploración presenta regular estado general, mucosas pastosas y llanto constante de tono agudo. Su peso es de 3.060 g, un 17% menos que al nacimiento. A su ingreso la natremia es de 158 mEq/l.

Comentarios y conclusiones: 1. Los dos casos presentados ilustran la importancia del porcentaje de pérdida de peso en los amantados; si éste es superior al 15% pueden ocurrir complicaciones que amenacen la vida, y requieren de una evaluación expedita. 2. Consideramos necesario evaluar al recién nacido y la técnica de alimentación cuando la pérdida supera el 7% del peso al nacimiento. 3. Recomendar, especialmente en madres primíparas, un control al 2.º-3.º día tras el alta, para valorar ingesta, ganancia de peso del lactante, y resolver las dudas que puedan plantearse. 4. Pediatras, enfermeras y matronas debemos implicarnos en la prevención de esta complicación.