

COMUNICACIONES LIBRES

COMUNICACIÓN 1

ANOMALÍAS VASCULARES. EL DIAGNÓSTICO NO SIEMPRE ES TAN FÁCIL

| | | |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Suárez Villa García Bormey | Laura Dainis | Facultad de Medicina de Oviedo |
| Sarmiento Martínez | Mercedes | CS La Corredoria |
| De Alaiz Rojo | Montserrat | CS La Corredoria |
| Fernández Francés | María | CS La Corredoria |

RESUMEN

Introducción:

El diagnóstico de las anomalías vasculares es principalmente clínico. Comunicamos tres casos de presentación atípica.

Casos clínicos:

Caso clínico 1: lactante de 45 días con antecedente de conjuntivitis que consulta por enrojecimiento en la comisura externa del ojo persistente. A la exploración se aprecia tumoración en borde interno del párpado superior derecho de color rojo brillante. Con la sospecha de hemangioma se inicia tratamiento con propranolol con buena respuesta.

Caso clínico 2: lactante con antecedentes de lactancia materna con muchas dificultades. A los 4 meses se objetiva tumoración en zona central del labio superior de color violáceo que se había atribuido a la ampolla de succión previa. Se deriva a Cirugía Infantil donde se diagnostica de hemangioma infantil vs malformación venosa y se decide actitud expectante.

Caso clínico 3: lactante de 4 meses con antecedente de conjuntivitis que consulta por catarro y febrícula. Se aprecia tumoración en región infraorbitaria derecha de consistencia gomosa e indolora. Se deriva a Urgencias donde es diagnosticada de viriasis y probable mucocele. En consultas de Oftalmología se solicita ecografía y se confirma el diagnóstico de hemangioma. A los 5 meses se inicia tratamiento con propranolol con buena evolución.

Discusión:

La localización profunda o mucosa de las anomalías vasculares dificulta la sospecha clínica y puede retrasar el diagnóstico y tratamiento.

Los diagnósticos iniciales en estos tres casos fueron conjuntivitis, ampolla de succión y dacriocistitis vs mucocele. La evolución diferente a la esperada y la ecografía en el último caso confirmaron las anomalías vasculares.

El pediatra de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la sospecha precoz de las anomalías vasculares y tal como demuestran estos casos, debe tener un alto índice de sospecha y seguir muy de cerca aquellas patologías mucosas y de la piel que presentan una evolución diferente a la habitual.

COMUNICACIÓN 2

LA FRASE QUE CAMBIÓ UN DIAGNÓSTICO

| | | |
|-------------------|------------|----------------------|
| Lancieri | Maddalena | Erasmus Medicina |
| Rodriguez Ordoñez | Covadonga | Estud Medicina |
| Ordoñez Alonso | Mª Angeles | Ped CS la Corredoria |

RESUMEN

Una buena historia clínica tiene más valor para el diagnóstico que cualquier examen de la más alta tecnología de que se disponga.

En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana han caído sistemáticamente en el olvido: se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar.

La comunicación es un proceso complejo de importancia primordial en la asistencia sanitaria.

Para realizar una consulta realmente eficaz, hemos de ser capaces de integrar cuatro aspectos que, en conjunto, determinan la competencia profesional: los "conocimientos médicos", las habilidades de comunicación, la habilidad para tomar decisiones y el manejo de las técnicas de exploración.

Todo el saber médico se trasmite cara a cara con los pacientes y aquí es igual de importante lo que se dice que el cómo se dice.

El médico debe saber escuchar a sus pacientes.

Presentamos dos casos clínicos en los que el motivo de consulta y el diagnóstico inicial cambiaron cuando una apreciación o un comentario de la familia, nos hicieron retomar la anamnesis o la exploración física. En ambos casos el diagnóstico final y el tratamiento fueron totalmente diferentes.

Conclusión:

El médico debe aprender a escuchar a sus pacientes de una manera bidireccional.

COMUNICACIÓN 3

UNA PICADURA DE INSECTO DESPROPORCIONADA

| | | |
|---------------------|--------|--|
| Menéndez Argüelles | María | Hospital Universitario de Cabueñes MIR FyC |
| Zamora Yeves | Paula | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR FyC |
| Álvarez Álvarez | Andrea | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |

RESUMEN

Antecedentes:

Las picaduras de insecto son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Por lo general, no suelen complicarse, pero en ocasiones pueden sobreinfectarse, o presentar reacciones inflamatorias, como el síndrome de Skeeter.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un niño de 4 años que acude por eritema en región supraciliar derecha tras picadura hace 12 horas, con prurito intenso. Ya ha presentado varias picaduras con reacciones inflamatorias muy grandes o complicadas con celulitis. No tiene otros antecedentes personales de interés para el motivo actual de consulta. En la exploración física presenta, en la región supraciliar derecha, un área de 3-4 cm de diámetro, muy eritematosa y caliente al tacto. Se observa punto de inoculación central. No tiene secreción ni fluctuación ni dolor. El resto de la exploración por aparatos es normal. Dado el corto tiempo de evolución y las características de la clínica, pensamos que pueda tratarse de un síndrome de Skeeter, y decidimos tratarlo con antihistamínicos y corticoides orales. Tras 48 horas de tratamiento, la lesión desaparece.

Comentario:

El síndrome de Skeeter es una reacción inflamatoria gigante secundaria a picadura de mosquito. En ocasiones, los pacientes pueden presentar malestar, ampollas y áreas de inflamación mayores de 10 centímetros. Suele desarrollarse en las primeras 12-24 horas tras la picadura. Es importante conocer esta entidad para poder diferenciarla de una celulitis y evitar así tratamientos antibióticos innecesarios.

COMUNICACIÓN 4

ADENOPATÍA CERVICAL QUE NO MEJORA

| | | |
|--------------------|---------|---|
| Zamora Yeves | Paula | H. Universitario de Cabueñes. MIR FyC |
| Argüelles Menéndez | María | H. Universitario de Cabueñes. MIR FyC |
| González Acero | Ana | H. Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Álvarez Álvarez | Andrea | H. Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Gómez Farpón | Ángela | H. Universitario Central de Asturias. FEA Cirugía Pediátrica |
| Martínez Blanco | Jacinto | Centro de Salud del Coto. Pediatra |

RESUMEN

Antecedentes:

Las adenopatías cervicales son una consulta muy frecuente en Atención Primaria (AP). La etiología es variada.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una niña de 4 años sin antecedentes reseñables. Consulta en AP por fiebre y tumefacción submandibular derecha. No refieren síndrome general, contacto con animales ni picaduras. Toma leche pasteurizada. No ha realizado viajes recientes. En la exploración física presenta bloque adenopático de 3x2 centímetros bajo el ángulo mandibular derecho, rodadero, doloroso a la palpación, sin aumento de temperatura ni eritema ni signos de fluctuación. Resto de la exploración normal. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral. Tras 2 semanas de tratamiento, persiste la adenopatía, aunque ha disminuido y la fiebre ha remitido. Se deciden solicitar pruebas complementarias; hemograma normal, bioquímica normal, VSG 37 mm, PCR 13 mg/L. La ecografía no presenta signos de complicación. Las serologías descartan infección aguda por VIH, Toxoplasma, CMV, Brucella, VEB, Bartonella henselae y VHS. Quantiferon negativo. Se inicia un segundo ciclo de antibiótico (amoxicilina-clavulánico) en espera de resultados, tras el cual persiste la adenopatía. Se remite al hospital y se ingresa con tratamiento antibiótico intravenoso. Dada la evolución tórpida de la adenopatía que persiste más de 4 semanas se deriva a Cirugía Pediátrica para exéresis. El estudio anatomopatológico la define como inflamación granulomatosa necrotizante sin signos de malignidad. En el cultivo de la muestra se aísla Propionibacterium acnes.

Comentario:

La mayoría de las adenopatías en niños son de causa infecciosa. En caso de persistir en el tiempo a pesar del tratamiento antibiótico, es necesario realizar pruebas complementarias para intentar filiar procesos menos frecuentes (tumores, micobacterias, vasculitis). La mayor parte del manejo puede realizarse desde AP. Sólo es necesario derivar al hospital en caso de que se necesiten pruebas invasivas (biopsia o cirugía).

COMUNICACIÓN 5

TUMORACIÓN PREAURICULAR, ¿GANGLIO O PARÓTIDA?

| | | |
|---------------------|--------|------------------------------------|
| Rodríguez Fernández | Sandra | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Álvarez Álvarez | Andrea | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Valverde Pérez | Noelia | Hospital Universitario de Cabueñes |
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes |

RESUMEN

Niño de 5 años sin antecedentes de interés que consulta por inflamación en la mejilla izquierda de una semana de evolución. Al inicio asociaba fiebre y no presentaba otra sintomatología acompañante. Por sospecha de adenitis bacteriana se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico, observándose al quinto día mejoría clínica (afebril y disminución de la tumefacción). En las últimas 24 horas previas a la consulta observan de nuevo aumento de la inflamación, por lo que acuden a urgencias.

En la exploración presenta triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable y se aprecia en la región preauricular izquierda una masa de 2x2 cm, de consistencia pétreo, poco móvil, bordes delimitados y ligeramente dolorosa a la palpación, con discreta tumefacción del resto de la mejilla sin borramiento del ángulo mandibular ni otros cambios inflamatorios. Se palpan numerosas adenopatías laterocervicales. Otoscopia y orofaringe normales. Se observan múltiples piezas dentales con caries.

Se solicita ecografía, que informan como “aumento generalizado del tamaño de la glándula parótida izquierda, con aumento de la ecogenicidad y múltiples ganglios intraparotídeos. No se observan imágenes sugestivas de malignidad y el resto de glándulas salivales y cadenas ganglionares cervicales son de aspecto normal”. Se decide alta con antiinflamatorios y antibiótico hasta completar 10 días. En revisión a las 2 semanas se objetiva resolución completa del cuadro.

La parótida es una glándula salival de localización preauricular con múltiples ganglios linfáticos intraparenquimatosos. En ocasiones, dichos ganglios pueden inflamarse, e incluso asociarse a una inflamación de la parótida o parotiditis, con aumento de la zona y borramiento del ángulo mandibular. La causa infecciosa vírica la más frecuente, pero existen otras como tumores, litiasis, etc. En caso de presentación atípica (unilateral, sin borramiento mandibular y características de alarma) puede confundirse con otras entidades y es importante descartar malignidad.

COMUNICACIÓN 6 (PÓSTER)

TUMORACIÓN ÓSEA NO DOLOROSA: ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

| | | |
|-------------------|--------------|----------------------|
| Moya Dionisio | Vanessa | CS Naranco |
| González Álvarez | Carmen Elena | CS Posada de Llanera |
| Alcántara Canabal | Leticia | CS Paulino Prieto |
| López Martínez | Aránzazu | CS La Felguera |
| García González | Noelia | CS Teatinos |
| Rodríguez García | Lucía | HUCA |

RESUMEN

Introducción:

Ante una tumefacción de probable origen óseo en la infancia uno de los principales diagnósticos son los tumores malignos. Es importante una alta sospecha para un diagnóstico precoz. Sin olvidar otros posibles diagnósticos como tumores benignos, infecciones, cuerpos extraños...

Los osteocondromas son los tumores óseos más frecuentes, la mayoría asintomáticos. De origen cartilaginoso, pueden ser solitarios o múltiples (exostosis hereditaria múltiple)

Pueden localizarse en todos los huesos, aunque tienen predilección por la metáfisis de huesos largos.

Caso clínico:

Niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude por prominencia no dolorosa en parte superior de pierna izquierda de reciente aparición.

No antecedente traumático. No síntomas generales.

Se aprecia tumoración dura, inmóvil, en extremo proximal de la tibia. No dolor espontáneo ni a la palpación. No signos inflamatorios. Buena movilidad articular. Resto exploración física normal.

Radiografía simple ant-post y lateral urgente: superpuesto a la vertiente interna de la metáfisis tibial se identifica una estructura ósea que parece corresponder con exostosis. Se completa con RX oblicua: corresponde con un pequeño osteocondroma sésil que depende de la región interna de la metáfisis tibial.

Se deriva a Traumatología: actitud conservadora.

Comentarios:

Los osteocondromas son lesiones benignas formadoras de cartílago. Afectan sobre todo en las dos primeras décadas de la vida. Predomina en varones.

Las deformidades esqueléticas son la forma característica de presentación.

La complicación más importante es su posible transformación maligna (1% de los casos). Sospecharse ante un crecimiento rápido o dolor.

Resección quirúrgica indicada si se encuentran cerca de un vaso, impide el movimiento articular normal, fracturas o sospecha de transformación maligna.

Ante la sospecha diagnóstica, es importante la realización de pruebas complementarias lo antes posible que permitan caracterizar la lesión.

COMUNICACIÓN 7

ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA ¿QUÉ CAUSAS HAY DETRÁS?

| | | |
|---------------------|--------|--|
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Valverde Pérez | Noelia | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Rodríguez Fernández | Sandra | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría |
| Pardo de la Vega | Rafael | Hospital Universitario de Cabueñes. FEA Pediatría |

RESUMEN

Antecedentes:

Cuando un niño consulta por alteración del nivel de conciencia existe un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un niño con episodios recurrentes de alteración del nivel de conciencia en la que se entremezclan dos patologías que pueden cursar con clínica similar.

Caso clínico:

Niño de 3 años derivado a Urgencias desde el Centro de Salud por alteración del nivel de conciencia. Mientras estaba corriendo comienza con palidez facial y cianosis perioral. Acompañado de dolor abdominal. Posteriormente comienza con hipotonía generalizada y desconexión del medio. Exploración neurológica al llegar a urgencias normal. Como antecedentes personales, presentó a los 22 meses un episodio de invaginación intestinal documentada con ecografía y un mes después otro episodio en el que la ecografía visualizaba signos de invaginación resuelta. Ambos se presentaron como palidez facial, encogimiento de piernas, dolor abdominal, hipotonía y alteración del nivel de conciencia. Posteriormente presentó otros tres episodios. En todos ellos las ecografías abdominales fueron normales. Se había realizado electrocardiograma y electroencefalograma (EEG) con resultados normales.

En este nuevo episodio se solicita un nuevo EEG, que muestra descargas epileptiformes en la región parietal del hemisferio derecho. Se diagnostica de epilepsia parcial, se inicia tratamiento con oxcarbazepina, sin presentar nuevos episodios.

Comentarios:

Las invaginaciones intestinales provocan en muchas ocasiones alteración del nivel de conciencia por el dolor en lugar de la clínica típica. Por otro lado, la clínica presentada por el paciente podría justificarse con crisis epilépticas. Dado que en este caso la sospecha diagnóstica de crisis es alta, la normalidad del EEG inicial no nos debe de hacer descartarlas.

COMUNICACIÓN 8

CEFALEA EN LA INFANCIA Y SIGNOS DE ALARMA

| | | |
|---------------------|--------|------------------------------------|
| Álvarez Álvarez | Andrea | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Rodríguez Fernández | Sandra | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes |
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Valverde Pérez | Noelia | Hospital Universitario de Cabueñes |

RESUMEN

Antecedentes:

La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en pediatría. Presenta un pico de incidencia entre los 11 y 13 años en ambos sexos y, posteriormente, predomina en mujeres. No es una enfermedad en sí misma, sino la expresión de múltiples procesos. Aunque las causas más frecuentes de cefalea aguda y crónica en la infancia son las infecciones febriles y las migrañas, respectivamente, es importante identificar los signos de alarma.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una niña de 11 años que acudió al servicio de urgencias pediátricas de nuestro centro por cefalea de un mes de evolución. Madre con antecedentes de migraña. No otros antecedentes reseñables.

La niña refería la cefalea, inicialmente, como frontal y pulsátil; no le despertaba del sueño y mejoraba con ibuprofeno. Sin embargo, el dolor se fue haciendo más intenso durante las últimas semanas y de carácter opresivo, sin mejoría con la analgesia y le despertaba por las noches. Los padres también referían síncope, vómitos y alteraciones en el comportamiento.

En la exploración física se apreció una palidez marcada y disminución de la actividad. Tendencia a lateralizar la cabeza hacia la izquierda y Romberg dudoso. Resto de exploración física normal.

Se solicitó una TC cerebral, apreciando una lesión ocupante de espacio cerebelosa, quística-sólida multiloculada con calcificaciones, que condicionaba un efecto masa, comprimiendo el tronco del encéfalo y produciendo hidrocefalia. Se decidió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Central de Asturias, donde se realizó un drenaje ventricular urgente y se intervino a los 3 días, con buena evolución posterior. Estudio histopatológico posterior: astrocitoma pilocítico grado 1.

Comentario:

La realización de una historia clínica minuciosa, exploración física detallada y el conocimiento de los signos de alarma son fundamentales en la valoración de los niños con cefalea.

COMUNICACIÓN 9

ORIGEN FAMILIAR Y PATOLOGÍA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MULTICULTURAL

| | | |
|------------------|---------|-------------------|
| Hernández Peláez | Lucía | HUCA |
| Carnicero Ramos | Sara | HUCA |
| Solís Sánchez | Gonzalo | HUCA |
| Mora Gandarillas | Isabel | C.S. Ventanielles |

RESUMEN

Objeto de trabajo:

Analizar la presencia de patología crónica en una población pediátrica con origen étnico diferente.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisan los registros en OMI-AP analizando la presencia y tipo de patología crónica en un cupo pediátrico del Centro de Salud de Ventanielles, que acuden de forma consecutiva programada o espontánea a la consulta, hasta obtener la muestra representativa de la población y se dividen en tres grupos: etnia gitana, inmigrantes y autóctonos no gitanos. Se comparan con la Encuesta de Salud Infantil de Asturias (ESIA 2017) y Encuesta de Salud Infantil en la Comunidad Gitana Asturiana (ESICGA 2014). Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.18.

Resultados:

Muestra de 283 niños con edad media 74 meses, el 49,5% mujeres. Origen familiar: etnia gitana 33 niños (11,7%), inmigrante 68 (24%) y autóctono no gitano 182 niños (64,3%). 137 niños (48,4%) presentan patología crónica, frente a 29% en ESIA 2017. La prevalencia en los de etnia gitana (69,7%) es mayor que en autóctonos no gitanos (46,2%) e inmigrantes (44,1%) ($p < 0,032$). Las patologías más frecuentes fueron: asma (15,2%), dermatitis atópica (6,7%), obesidad (5,7%), rinitis alérgica (5,3%), alteraciones del comportamiento (4,6%) y alteraciones de refracción (3,5%). Los niños de nuestra población padecen más asma que los niños asturianos según ESIA 2017 (15,2 vs 9,5%). La prevalencia de asma fue superior en la población gitana (27,27%) frente a inmigrantes (7,35%) y autóctonos no gitanos (15,93%) y también respecto al de la población infantil de la comunidad gitana asturiana (27,27% vs 25%) (ESICGA 2014).

Conclusiones:

Existe mayor prevalencia de patología crónica respecto a los niños asturianos. Los de etnia gitana presentan más patología que los de otro origen familiar. El asma es la patología más frecuente, con una prevalencia superior a la referida para la población infantil de Asturias.

COMUNICACIÓN 10

UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MULTICULTURAL

| | | |
|------------------|---------|--------------------|
| Hernández Peláez | Lucía | HUCA |
| Carnicero Ramos | Sara | HUCA |
| Solís Sánchez | Gonzalo | HUCA |
| Mora Gandarillas | Isabel | C. S. Ventanielles |

RESUMEN:

Objeto de trabajo:

Evaluar las diferencias en el uso de los recursos sanitarios en una población infantil con diferencias étnico-culturales

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan los registros en OMI-AP de todas las consultas realizadas en un año en AP, urgencias y consultas hospitalarias obteniendo datos de todos los niños de un cupo pediátrico del Centro de Salud de Ventanielles, que acuden de forma consecutiva programada o espontánea a la consulta, hasta obtener la muestra representativa de la población de estudio y se dividen en tres grupos: etnia gitana, inmigrantes y autóctonos no gitanos. Los datos se recogen de manera anónima y se comparan con la Encuesta de Salud Infantil de Asturias (ESIA 2017). Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.18.

Resultados:

Muestra de 283 niños con edad media 74 meses, el 49,5% mujeres. Origen familiar: etnia gitana 33 niños (11,7%), inmigrante 68 (24%) y autóctono no gitano 182 niños (64,3%). La media de consultas/año fue 14,03, 11,19 y 10,75 respectivamente. Las diferencias en el número de consultas no son significativas ($p > 0,083$) aunque se observa mayor número de consultas en AP y hospital en la población de etnia gitana. Las 3180 consultas se distribuyen: 77,98% en AP, 5,75% en urgencias AP, 9,21% en urgencias hospitalarias y 7,04% en consultas externas. Por rango de edad, los lactantes generaron más consultas ($p < 0,01$) para cualquier origen familiar. Respecto a los datos del ESIA observamos menor frecuentación anual de servicios hospitalarios en nuestra población ($1,83 \pm 2,64$ frente a $2,39 \pm 4,24$ consultas/año).

Conclusiones:

No existen diferencias significativas en la utilización de los recursos sanitarios en los 3 grupos de población. La frecuentación a todos los dispositivos es elevada aunque menor que la observada en ESIA 2017. Existe una clara preferencia de uso de urgencias hospitalarias respecto a las de AP.

COMUNICACIÓN 11

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TEMPORADA DE GRIPE A, 2018-2019, EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ÁREA IV

| | | |
|----------------|------------|------|
| Elola Pastor | Ana isabel | HUCA |
| González López | Clara | HUCA |
| Pérez Pérez | Alicia | HUCA |
| Melón | Santiago | HUCA |
| Rojo Alba | Susana | HUCA |
| Alonso Álvarez | Agustina | HUCA |

RESUMEN

Objetivos:

Evaluar el impacto de la gripe A en niños del área sanitaria IV y describir las características epidemiológicas.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo y descriptivo. La fuente de información fue una base de datos facilitada por el servicio de microbiología de nuestro hospital. Se revisaron los exudados respiratorios recogidos en niños, desde atención primaria, en los cuáles se analizó la presencia de virus Influenza A (técnica PCR), entre el 1 de octubre de 2018 al 22 de abril de 2019. Variables analizadas: sexo, edad, resultado de detección de virus Influenza A y otros, genotipo viral, visitas a urgencias, ingreso hospitalario, pruebas complementarias, y presencia de neumonía.

Resultados:

Fueron solicitados 739 estudios, siendo 143 positivos (19.3%; 83 niños). La mediana de edad fue 4 años. En 106 se realizó genotipado viral, siendo la cepa H3N2 la más frecuente (69 %).

En 31 casos (21.7%) se detectó coinfección viral, principalmente por adenovirus (N=13) seguido por el virus Epstein Barr, enterovirus, rinovirus, coronavirus, mycoplasma, virus respiratorio sincitial, virus herpes simple y metapneumovirus. 19 niños (13.3%) acudieron al servicio de urgencias del HUCA durante el proceso gripal, tres de ellos en dos ocasiones. Ninguno ingresó.

En 7 pacientes se realizó analítica, siendo la PCR media de 0.9 mg/dl y la PCT 0.22 ng/ml. Se solicitaron 5 radiografías de tórax en el hospital y 3 desde centro de salud. Hubo 3 casos de neumonía (0.02%). El motivo de consulta más frecuente en urgencias fue la fiebre (16 casos) seguido de dificultad respiratoria (4), crisis febril (1) y exantema (1).

Conclusiones:

La mayoría de niños diagnosticados de gripe A en atención primaria no consultan durante este proceso en el servicio de urgencias del hospital. La neumonía es poco frecuente en este grupo y los reactantes de infección analizados se encuentran en rango de riesgo bajo.

COMUNICACIÓN 12

¿ES POSIBLE ADECUAR EL TRATAMIENTO EN LAS TIROIDITIS AUTOINMUNES PEDIÁTRICAS?

| | | |
|---------------------|--------|---------------|
| Valverde Pérez | Noelia | H.U. CABUEÑES |
| González Acero | Ana | H.U. CABUEÑES |
| Pérez Alba | Marta | H.U. CABUEÑES |
| Fernández Rodríguez | Helena | H.U. CABUEÑES |
| Rodríguez Fernández | Sandra | H.U. CABUEÑES |
| Álvarez Álvarez | Andrea | H.U. CABUEÑES |

RESUMEN

Objetivo:

Seguimiento de las tiroiditis autoinmunes infantiles diagnosticadas en nuestro centro en los últimos 15 años, con especial atención a las pautas de tratamiento realizadas

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo de 64 niños diagnosticados de tiroiditis autoinmune entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2018 en una consulta de endocrinología pediátrica de un hospital secundario.

Resultados:

Se diagnosticaron 64 pacientes de entre 4 y 14 años, existiendo claro predominio del sexo femenino (90,6%). Al diagnóstico, 52 pacientes asociaban positividad para anticuerpos antitiroglobulina (81,3%) y 51 (79,7%) antiperoxidasa. La función tiroidea al diagnóstico estaba alterada en 52 pacientes (81,3%), 50 hipotiroideos (40 de los cuales subclínicos) y solamente 2 de ellos presentaban hipertiroidismo, siendo normal en los 12 restantes. Los valores medios de hormonas tiroideas al inicio fueron de 0,97 ng/dl (rango 1,5) en el caso de la T4 libre y de 19,4 UI/ml (rango 149,7) de TSH. Recibieron tratamiento 50 pacientes (78,1%) con levotiroxina, reevaluándose en 18 de ellos la necesidad de mantenerlo al finalizar crecimiento, presentando recaída posterior en 7 pacientes y suspendiéndose definitivamente en 11 de ellos. Los casos no reevaluados guardan relación con el escaso tiempo de evolución desde inicio de tratamiento y la necesidad de dosis altas de levotiroxina.

Conclusiones:

La función tiroidea inicial estaba alterada en la gran mayoría de los pacientes. El hipotiroidismo subclínico fue la alteración hallada con más frecuencia en el momento del diagnóstico. La mayoría de los pacientes permanecen en remisión tras suspender el tratamiento con levotiroxina una vez finalizado el crecimiento, por lo que es importante plantear la necesidad de proseguir el tratamiento en ese momento.

COMUNICACIÓN 13

¿SE CONFIRMA LA SOSPECHA DE ALERGIA MEDICAMENTOSA?

| | | |
|---------------------|--------|------------------------------------|
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Álvarez Álvarez | Andrea | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Rodríguez Fernández | Sandra | Hospital Universitario de Cabueñes |
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Valverde Pérez | Noelia | Hospital Universitario de Cabueñes |

RESUMEN:

Introducción:

La sospecha de alergia medicamentosa es un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Sin embargo, en los estudios publicados el porcentaje de pacientes con alergia medicamentosa confirmada es pequeño.

Objetivos:

- Analizar las características epidemiológicas de los pacientes remitidos por sospecha de alergia a medicamentosa
- Analizar si se confirma dicha sospecha.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes menores de 14 años derivados a la consulta de Alergología de un hospital de segundo nivel durante el 2018 por posible alergia medicamentosa.

Resultados:

Se estudiaron 81 pacientes (47 varones). La edad media a la que había ocurrido la reacción fue 6,4 años (+/-3,96 DE). El 11% presentaba como antecedentes asma, el 12% atopia y el 18% alergia alimentaria. Los fármacos implicados fueron: amoxicilina (58%), amoxicilina-clavulánico (17%), ibuprofeno (10%), paracetamol (4%) y penicilina V (4%). El 44,4% de los pacientes había tomado el fármaco previamente. El 8,6% presentó una reacción inmediata (< 1 hora), el 79% una reacción tardía (>1 hora) y el 12,3% no sabían precisar la cronología. El 99% de los casos consultaron por urticaria, y 7 pacientes presentaron afectación de más de un órgano. Casi la mitad de los pacientes fueron atendidos inicialmente y derivados para estudio desde Atención Primaria. Se realizó a todos, la determinación de la IgE específica y el prick test, resultando negativo en el 100%. La prueba de exposición oral controlada se realizó a 77 pacientes (4 no acudieron). De los que completaron el estudio, el 88% no presentaron hipersensibilidad medicamentosa y en el resto, se constató una reacción tardía no IgE mediada.

Conclusiones:

- La alergia a medicamentosa es poco frecuente.
- El fármaco implicado en la mayoría de los casos fue la amoxicilina.
- Es necesario realizar el estudio alergológico para evitar restricciones farmacológicas innecesarias.

COMUNICACIÓN 14

EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LOS INDICADORES DE NUTRICIÓN DESDE 2012 A 2017 EN MENORES DE 15 AÑOS DE ASTURIAS

| | | |
|------------------------|------------------------|---|
| Domínguez Aurrecoechea | Begoña | PAPenRed- ISPA |
| Rolle Soñora | Valeria | ISPA |
| Pérez Candás | J. Ignacio | CS La Corredoria |
| Ordoñez Alonso | M ^a Ángeles | CS Sabugo |
| Sánchez Echenique | Manuela | Servicio Navarro de Salud Atención Primaria |
| Díez Estrada | Encarnación | |

RESUMEN

Objetivos:

Conocer la evolución longitudinal de indicadores de nutrición de menores de 15 años de Asturias: delgadez, bajo peso, sobrepeso, obesidad y obesidad severa (2012 y 2017).

Métodos:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Población diana: menores de 15 años en la segunda medida, registrados en los centros de salud. A partir de los datos de la historia clínica informatizada, los Servicios Centrales del SESPA elaboraron una base de datos de los niños/as con igual código de identificación. Variables (de los dos registros 2012 y 2017): último peso y talla registrados, fecha de medida y de nacimiento, sexo, y códigos de área, zona básica y pediatra.

Se calcularon las puntuaciones estandarizadas del IMC (Z-score) por edad y sexo, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se comparan datos de 2017 con 2012. Se calculan las cifras totales y los porcentajes de cambio de categoría de IMC a mejor y a peor o el mantenimiento para el conjunto y por tramos de edad y Áreas Sanitarias.

Resultados:

La base de datos incluye a 71488 menores de 15 años: 2958 < de 5; 43509 entre 5 y 10, y 25021 entre 10 y 15. Evolución general (0 a 15 años): El 74,5% de la categoría normopeso se mantuvo; empeoró el 24,7%. En la categoría de sobrepeso: se mantuvo el 49,6%, mejoró el 28,7% y empeoró el 21,5%. En la de obesidad se mantuvo el 48,5%, mejoró el 43,8% y empeoró el 7,6%. En obesidad severa se mantuvo el 60,6% y mejoró el 39,4%. En la tabla se exponen los datos por Áreas y tramos etarios.

Conclusiones:

Se observa una tendencia hacia la normalización del peso, muy fuerte desde delgadez severa y delgadez y comedia desde el sobrepeso, la obesidad y la obesidad severa, donde la mayor tendencia es al mantenimiento. Estas tendencias difieren levemente entre áreas y edades.

Tabla Evolución longitudinal de población menor de 15 años: Normopeso, Sobrepeso, Obesidad y Obesidad severa por Áreas Sanitarias y tramos de edad Asturias (2102-2017)

| Área | | Menores de 5 años | | | | Mayores o iguales a 5 y menores de 10 | | | | Mayores o iguales a 10 y menores de 15 | |
|------|-----------------|-------------------|--------|---------|-----------------|---------------------------------------|--------|---------|-----------------|--|--------|
| | | Se mantuvieron | A peor | A mejor | | Se mantuvieron | A peor | A mejor | | Se mantuvieron | A peor |
| 1 | Normal | 87,8 | 12,2 | | Normal | 68,9 | 30,1 | | Normal | 74,4 | 25,1 |
| | Sobrepeso | 71,4 | 10,7 | 17,9 | Sobrepeso | 47,7 | 28,5 | 23,8 | Sobrepeso | 57,5 | 14,9 |
| | Obesidad | 66,7 | 0,0 | 33,3 | Obesidad | 47,2 | 20,8 | 32,0 | Obesidad | 50,0 | 4,8 |
| | Obesidad severa | 43,8 | | 56,3 | Obesidad severa | 61,9 | | 38,1 | Obesidad severa | 29,7 | |
| 2 | Normal | 85,7 | 14,3 | | Normal | 70,5 | 29,4 | | Normal | 83,9 | 15,1 |
| | Sobrepeso | 66,7 | 0,0 | 33,3 | Sobrepeso | 44,9 | 33,5 | 21,5 | Sobrepeso | 55,8 | 11,6 |
| | Obesidad | 50,0 | 0,0 | 50,0 | Obesidad | 62,9 | 15,5 | 21,6 | Obesidad | 54,2 | 0,8 |
| | Obesidad severa | 42,9 | | 57,1 | Obesidad severa | 56,1 | | 43,9 | Obesidad severa | 26,2 | |
| 3 | Normal | 84,4 | 14,1 | | Normal | 67,0 | 32,2 | | Normal | 84,6 | 14,4 |
| | Sobrepeso | 63,9 | 11,1 | 25,0 | Sobrepeso | 45,2 | 32,3 | 22,4 | Sobrepeso | 52,7 | 9,8 |
| | Obesidad | 27,8 | 2,8 | 69,4 | Obesidad | 51,8 | 15,7 | 32,4 | Obesidad | 46,0 | 1,3 |
| | Obesidad severa | 12,5 | | 87,5 | Obesidad severa | 53,9 | | 46,1 | Obesidad severa | 25,2 | |
| 4 | Normal | 89,1 | 9,3 | | Normal | 70,8 | 28,5 | | Normal | 82,5 | 16,3 |
| | Sobrepeso | 57,8 | 5,3 | 36,4 | Sobrepeso | 47,7 | 30,7 | 21,5 | Sobrepeso | 52,8 | 10,8 |
| | Obesidad | 31,1 | 4,9 | 61,2 | Obesidad | 55,9 | 13,2 | 30,8 | Obesidad | 45,1 | 1,4 |
| | Obesidad severa | 26,6 | | 73,4 | Obesidad severa | 49,1 | | 50,7 | Obesidad severa | 21,6 | |
| 5 | Normal | 87,6 | 11,1 | | Normal | 73,6 | 25,6 | | Normal | 80,1 | 18,7 |
| | Sobrepeso | 54,9 | 10,5 | 33,3 | Sobrepeso | 49,2 | 29,4 | 21,2 | Sobrepeso | 48,5 | 10,3 |
| | Obesidad | 33,0 | 3,4 | 63,6 | Obesidad | 56,8 | 14,0 | 29,1 | Obesidad | 41,8 | 2,9 |
| | Obesidad severa | 13,6 | | 86,4 | Obesidad severa | 55,9 | | 44,1 | Obesidad severa | 28,1 | |
| 6 | Normal | 91,2 | 8,8 | | Normal | 73,1 | 26,4 | | Normal | 82,5 | 16,3 |
| | Sobrepeso | 54,2 | 12,5 | 33,3 | Sobrepeso | 50,9 | 33,1 | 15,7 | Sobrepeso | 54,3 | 14,8 |
| | Obesidad | 30,8 | 0,0 | 69,2 | Obesidad | 51,5 | 15,9 | 32,6 | Obesidad | 50,7 | 2,0 |
| | Obesidad severa | 62,5 | | 37,5 | Obesidad severa | 64,5 | | 35,5 | Obesidad severa | 35,2 | |
| 7 | Normal | 87,5 | 10,9 | | Normal | 68,6 | 30,9 | | Normal | 78,7 | 20,6 |
| | Sobrepeso | 62,5 | 0,0 | 37,5 | Sobrepeso | 44,1 | 39,4 | 16,2 | Sobrepeso | 48,7 | 17,3 |
| | Obesidad | 0,0 | 0,0 | 100,0 | Obesidad | 46,8 | 24,1 | 29,1 | Obesidad | 48,3 | 2,8 |
| | Obesidad severa | 18,2 | | 81,8 | Obesidad severa | 56,7 | | 43,3 | Obesidad severa | 40,3 | |
| 8 | Normal | 83,9 | 16,1 | | Normal | 65,5 | 33,5 | | Normal | 79,5 | 19,2 |
| | Sobrepeso | 50,0 | 13,6 | 31,8 | Sobrepeso | 41,2 | 36,5 | 22,3 | Sobrepeso | 53,9 | 12,2 |
| | Obesidad | 12,5 | 6,3 | 81,3 | Obesidad | 47,0 | 21,3 | 31,7 | Obesidad | 47,5 | 2,7 |
| | Obesidad severa | 23,1 | | 76,9 | Obesidad severa | 48,9 | | 51,1 | Obesidad severa | 28,4 | |

COMUNICACIÓN 15

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESCOLARES: ¿MEJOR COMER EN CASA QUE EN EL COMEDOR ESCOLAR?

| | | |
|--------------------|-----------|-------------------------------|
| Carvajal Urueña | Ignacio | C.S. La Ería (Oviedo) |
| Regueira Fernández | Álvaro | Facultad de Medicina (Oviedo) |
| Soto Balbuena | Carmen | C.S. La Ería (Oviedo) |
| Vicente Martínez | Francisco | C.S. La Ería (Oviedo) |
| Alonso Bernardo | Luz María | C.S. La Ería (Oviedo) |
| Pellitero Maraña | Ariana | C.S. La Ería (Oviedo) |

RESUMEN:

Antecedentes:

La Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) proporciona recomendaciones de frecuencia de consumo de grupos de alimentos con el propósito de fomentar en la población infantil el patrón alimentario de la Dieta Mediterránea.

Objetivo:

Evaluar la adherencia a las recomendaciones nutricionales de la Pirámide NAOS de la población escolar de una zona de salud urbana y periurbana de Asturias (ZBS IV.3), y en particular, si existen diferencias al respecto según el lugar donde se realice la comida principal (domicilio familiar o comedor escolar).

Material y métodos:

Se evaluó la frecuencia de consumo de grupos de alimentos en 239 niños de 6 a 13 años mediante una encuesta autocumplimentada por uno de sus progenitores durante una visita dirigida a realizar el Programa de Salud Infantil correspondiente a su edad.

Resultados:

En el conjunto de los niños evaluados se reportó un consumo deficiente de frutas (65,7%) y verduras (33,5%) "a diario", y de pescado (33,3%), legumbres (27,0%), embutidos (36,0%) y frutos secos (12,9%) "varias veces a la semana", y un consumo excesivo de alimentos azucarados (66,0%) "a diario o varias veces a la semana". Respecto a los niños que hacen la comida del mediodía en su domicilio, los que comen en el centro escolar consumen significativamente ($p < 0,05$) más fruta (76,4% vs 58,7%) "a diario", y más pescado (43,4% vs 21,1%) y legumbres (48,0% vs 34,2%), y menos frutos secos (6,9% vs 19,4%) "varias veces a la semana".

Conclusiones:

Respecto a las recomendaciones de la pirámide NAOS, la población escolar estudiada muestra una deficiente frecuencia de consumo de frutas, verduras, pescado, legumbres y frutos secos, siendo peor la frecuencia de consumo de frutas, pescado y legumbres en los niños que comen al mediodía en su domicilio que en los que lo hacen en el comedor escolar.

COMUNICACIÓN 16

DERMATITIS PERIANAL/PERINEAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

| | | |
|-----------------|---------|------------------------|
| Martínez Blanco | Jacinto | C.de S. El Coto. Gijón |
|-----------------|---------|------------------------|

RESUMEN

Descrita inicialmente por Amren en 1966 como celulitis perianal, Kokx y cols. pasaron a denominarla en 1987 enfermedad perianal estreptocócica por no apreciar celulitis. Montemarano y cols. describieron en 1993 el primer caso por estafilococo dorado. Por último, diversos autores pasaron a denominarla dermatitis o enfermedad estreptocócica perineal al asociar las infecciones de dicha área: perianal, perivulvar y balano-postitis

Etiología: Estreptococo GAS y en menos ocasiones estafilococo dorado y GBS, GCS, GGS (más en adultos) entre otras.

Incidencia: entre 1/218-300 y 1/2000 consultas pediátricas ambulatorias y 1/2000 urgencias pediátricas hospitalarias.

Variación estacional siguiendo el patrón de las infecciones faríngeas GAS.

Subestimada por desconocimiento y/o errores diagnósticos.

Afecta con más frecuencia a los varones y a una edad media de 3 a 5 años.

Las formas de presentación más habituales son: Eritema o prurito perianal, dolor rectal o con la defecación, sangrado con la deposición o al limpiarse, fisuras anales o irritabilidad en los más pequeños. Pudiendo asociarse a abdominalgia, estreñimiento, psoriasis, faringitis o portadores faríngeos (solo un 6% de las fringitis GAS + son portadores perianales, escarlatina, disuria, vulvo-vaginitis, balano-postitis. No existiendo afectación sistémica.

El modo de transmisión no está totalmente aclarado. Habiéndose descrito brotes en familias, guarderías y hospitales.

Diagnóstico por la clínica y exploración y confirmación por test rápido de GAS y Cultivo (informando a micro para que emplee los medios adecuados).

El diagnóstico diferencial es amplio: Dermatitis irritativa del pañal, parasitosis intestinal, candidiasis, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, psoriasis, E.I.I, Histiocitosis, déficit de Zinc, liquen escleroso, hemorroides, abuso sexual entre otros.

Tratamiento: vía sistémica (penicilina, amoxicilina o cefuroxima), vía tópica (ácido fusídico, mupirocina) o ambas vías.

Recurrencias frecuentes (11 a 44%) Factores predictores: mayor duración de síntomas previos y familiares directos con infección estreptocócica.

COMUNICACIÓN 17

DERMATITIS PERIANAL. EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA

| | | |
|-----------------|---------|------------------------|
| Martínez Blanco | Jacinto | C.de S. El Coto. Gijón |
|-----------------|---------|------------------------|

RESUMEN

Estudio prospectivo de los casos de dermatitis perianal GAS + que acudieron a una consulta de pediatría de AP durante 8 años cuyos motivos de consulta o exploración fueron compatibles con dicha patología y con test de GAS positivo. Posteriormente y de forma retrospectiva se determinó el número total, de consultas y las faringo-amigdalitis y escarlatinas (GAS +) diagnosticadas en dicho periodo de tiempo.

Se atendieron 28.328 consultas (no sucesivas) diagnosticando 95 episodios de dermatitis perianal (1:298) en 76 niños.

La distribución por género fue de 1,6:1 (m:f) con una edad media de 4,4 años (mayor en varones).

Un único episodio lo tuvieron 63 niños y 13 más de uno, 10 en un periodo inferior a 6 meses del anterior (11% del total de los episodios)

Los motivos de consulta fueron: Prurito (41%), Sangre con la deposición o al limpiarse (37%), Dolor perianal o con la deposición (27%), estreñimiento (24%) y eritema (21%), 17% en primeros episodios y 37% en los sucesivos, nulo o mínimo en 21). Menos frecuentemente: Fisuras, Fiebre (todos con faringitis y test +), dolor faringe, vulvitis, descartar parásitos, abdominalgia, disuria, eritema pañal, balanitis, paraquimosis, foliculitis, encopresis, masa, descartar hemorroides.

Tratamiento inicial vía tópica en 59 ocasiones y combinado en 36 con cambios en el tratamiento en los 3 casos de fracaso terapéutico (3%).

Se constató una preferencia estacional con un marcado descenso durante los terceros trimestres de cada año, similar a lo ocurrido con las faringo-amigdalitis + escarlatinas (Proporción: 7,8:1).

Conclusiones:

Cinco motivos de consulta: prurito, sangre, dolor, estreñimiento y eritema, solos o combinados estuvieron presentes en el 92% de los casos.

El eritema perianal como motivo de consulta estuvo presente en solo el 17% de los primeros episodios y no siempre está presente o puede pasar desapercibido en algunos casos. Sus bordes no siempre son nítidos y en alguna ocasión pueden existir lesiones satélites.

El tratamiento tópico puede ser suficiente en muchos casos.

COMUNICACIÓN 18

UTILIZACIÓN DEL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

| | | |
|---------------------|--------|------------------------------------|
| Fernández Rodríguez | Helena | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Pérez Alba | Marta | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Rodríguez Fernández | Sandra | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Álvarez Álvarez | Andrea | Hospital Universitario de Cabueñes |
| Valverde Pérez | Noelia | Hospital Universitario de Cabueñes |
| González Acero | Ana | Hospital Universitario de Cabueñes |

RESUMEN

Objetivo:

Analizar la utilización del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) como herramienta de valoración inicial en Atención Primaria.

Metodología:

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes que acudieron a Urgencias de Pediatría de nuestro hospital con volante de derivación desde Atención Primaria, entre Septiembre y Noviembre de 2018. Las variables incluidas fueron: la presencia del TEP en el volante de derivación, la concordancia del TEP con el otorgado posteriormente en el hospital, si el facultativo remitente era un pediatra o un médico de Familia y si su utilización variaba en función del turno de trabajo y día de la semana. El análisis de las variables se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y la comparación de variables cualitativas con la prueba de Chi-cuadrado-Pearson.

Resultados:

Se obtuvieron 244 pacientes en el periodo de estudio (9% de los niños que acudieron a Urgencias). El TEP estaba presente en el 16% de los volantes de derivación (46.2% realizados por pediatras y 53.8% por médicos de Familia; $p=0,3131$).

La concordancia con el TEP establecido posteriormente en el hospital fue del 82.5%.

El uso del TEP fue similar en los turnos de mañana (18%) y tarde (17%). No se encontró ningún TEP reflejado en los volantes recibidos en el turno de noche. El lunes fue el día de la semana con mayor uso del TEP (32%).

Conclusiones:

Aun se observa una baja utilización del TEP en Atención Primaria. Se podrían instaurar sesiones o cursos para utilizarlo en la valoración inicial del paciente pediátrico.

COMUNICACIÓN 19

EDUCACIÓN PAR LA SALUD: LA CARA Y LA CRUZ

| | | |
|----------------|------------------------|----------------------------------|
| Ordóñez Alonso | M ^a Angeles | Ped CS la Corredoria |
| Pavo García | M ^a Rosa | Ped CS Garcia Noblejas (Madrid) |

RESUMEN

La educación para la salud (EPS) tiene como objetivo principal que los individuos y las colectividades asuman la salud como un valor básico de la comunidad y acepten sus responsabilidades.

Se estudió la EPS desde dos puntos de vista:

- 1- Del profesional que la realiza (encuesta de google doc en PEDIAP)
- 2- De la población que la recibe (puesta en marcha de EPS: “programa de recepción del recién nacido”).

Los temas tratados fueron:

- fisiología / cuidados/ sueño / alimentación
- preguntas y motivo de consulta frecuentes en esta etapa
- prevención SMSL y accidentes

1- En 354 encuestas recibidas observamos que se realiza más EPS en:

- Centros urbanos
- Cifra óptima de pediatras 3
- Pediatras entre 51-60 años de edad
- Madrid (por comunidades autónomas)

No influye tener enfermera pediátrica y llama la atención el desconocimiento de los pediatras acerca de si las actividades de EPS están en la cartera de servicios de su comunidad.

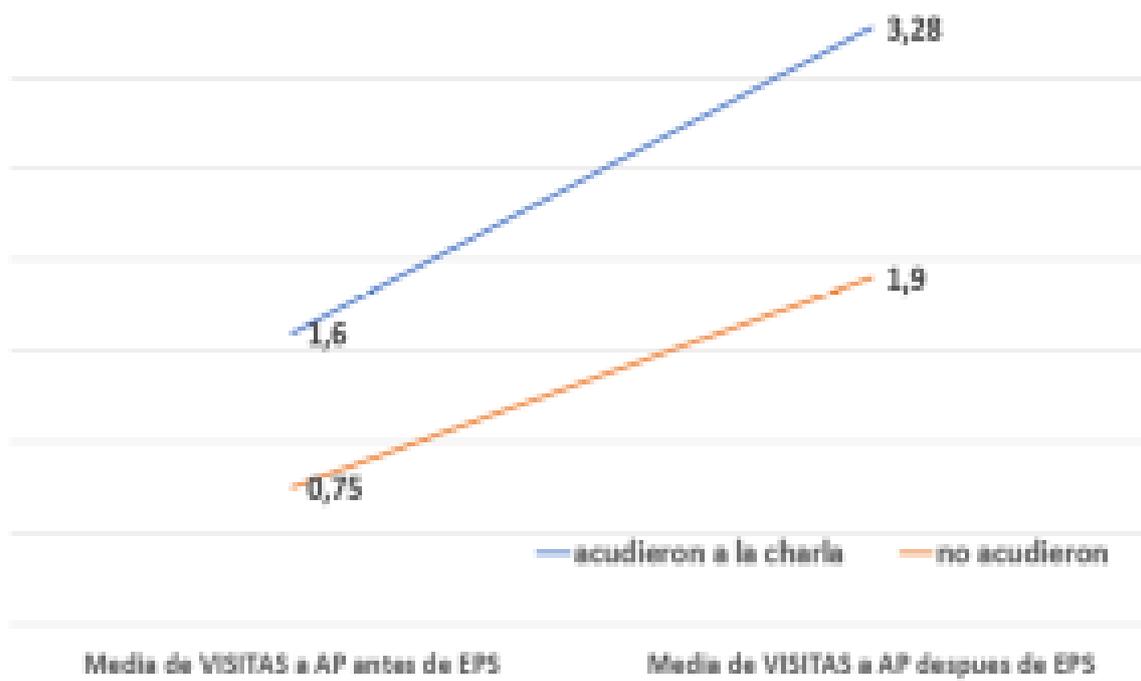
2- De los 41 RN captados de octubre de 2018 a abril de 2019, solo participaron 21. Presentaban las siguientes características:

- Mayor media del nº procesos previos a la EPS (1.38)
- Mayor media de nº de visitas previas a la EPS (1.6)
- Son hijos únicos

Tras la EPS esta tendencia no se ha modificado.

Conclusión:

Analizar la situación y definir el problema es el punto de partida pues nuestro análisis de prioridades puede no coincidir con el de la población al que va dirigida la EPS.



COMUNICACIÓN 20

INFLUENCIA DE LOS ANTECEDENTES Y FACTORES SOCIOCULTURALES FAMILIARES EN EL TIPO DE ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER MES DE VIDA

| | | |
|--|---------------|-----------------------|
| Ordoñez Alonso | María Ángeles | C S La Corredoria |
| Alonso Lorenzo | Julio | Técnico Salud Área IV |
| Domínguez Aurrecoechea | Begoña | PAPenRed. ISPA |
| Fernandez Francés | María | C S La Corredoria |
| García Merino | Águeda | CS Vallobín-Concinos |
| Coto Fuente | M.Mar | CS La Magdalena |
| Pérez Candás | José Ignacio | CS Sabugo |
| Fernández López | Francisco J | CS Nava |
| PAPenRed. Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria AEPap | | |

RESUMEN

Objetivos:

Conocer la influencia de antecedentes, factores socio-culturales y familiares en el tipo de alimentación en el primer mes de vida

Métodos:

Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018, que acuden por primera vez y antes de los 15 días de vida, a las consultas de Pediatría de atención primaria (PAP) pertenecientes a PAPenRed. Datos recogidos mediante formulario específico. Variables estudiadas: relacionadas con el parto y antecedentes y factores socioculturales familiares y alimentación recibida del RN y al mes de vida. Los resultados disponibles (análisis de los datos como estudio transversal).se ofrecen en forma de porcentajes y, cuando proceda, se calcula la Ods Ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%

Resultados:

Se exponen datos de 2074 primeras visitas realizadas antes de los 15 días y de la segunda visita (1974) al mes de vida.

Nacieron en hospital público el 86,5% y en domicilio el 0,6%. El 18% fueron cesáreas y el 51% parto vaginal con epidural. Edad materna el 44,2% tiene más de 35 años. Son universitarias el 48,6%.Asalariadas (73,7%) En desempleo: 8,5%. Autónomas 9,2 Tareas del hogar 6%

En la tabla se expone la Influencia de los antecedentes y factores socioculturales familiares en el tipo de alimentación en el primer mes de vida según reciban LME+Predominante, L Mixta, LA tras abandono de LM o LA desde RN.

Si el parto fue vaginal sin epidural es 2 veces más probable que se inicie LM: OR: 2,03(1,23-3,33). No se ha encontrado asociación con el tiempo de separación del RN de su madre. Se ha encontrado asociación entre las madres universitarias y la LME. OR: 2,67(1,89-3,78) Respecto a las nacionalidades, ser española incrementa el riesgo de no lactar cuatro veces OR: 3,9(1,92-7,89)

Conclusiones:

A la vista de los resultados, toma valor la educación para la salud (EPS) en el perfil de madre que asocia tener un mayor riesgo de no inicio o abandono de la LM.

Un buen momento para hacer EPS grupal podría ser la etapa prenatal.

Tabla: Influencia de los antecedentes y factores socioculturales familiares en el tipo de alimentación en el primer mes de vida según reciban LME+Predominante, L Mixta, LA tras abandono de LM o LA desde RN

| | LME+Predominante 1261 | | L Mixta 414 | | LA tras abandono 123 | | LA desde RN (170) | |
|---|-----------------------|---------------|-------------|------------|----------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Número de hermanos | | | | | | | | |
| 1 | 617 | 48,9% | 248 | 59,9% | 68 | 55,3% | 80 | 47,1% |
| 2 | 540 | 42,8% | 131 | 31,6% | 45 | 36,6% | 74 | 43,5% |
| 3 | 87 | 6,9% | 25 | 6,0% | 6 | 4,9% | 11 | 6,5% |
| 4 | 7 | 0,6% | 6 | 1,4% | 2 | 1,6% | 3 | 1,8% |
| >4 | 9 | 0,7% | 2 | 0,5% | 1 | 0,8% | 2 | 1,2% |
| Estudios Madre | | | | | | | | |
| E Primarios | 71 | 5,6% | 48 | 11,6% | 19 | 15,4% | 28 | 16,5% |
| E Secundarios | 490 | 38,9% | 193 | 46,6% | 62 | 50,4% | 94 | 55,3% |
| Sin estudios | 2 | 0,2% | 1 | 0,2% | 2 | 1,6% | 1 | 0,6% |
| Universitarios | 697 | 55,3% | 171 | 41,3% | 40 | 32,5% | 47 | 27,6% |
| Trabajo materno | | | | | | | | |
| Desempleo | 93 | 7,4% | 39 | 9,4% | 17 | 13,8% | 19 | 11,2% |
| Estudiando | 25 | 2,0% | 10 | 2,4% | 2 | 1,6% | 5 | 2,9% |
| Incapacidad L | 2 | 0,2% | 3 | 0,7% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% |
| Trabajando asalariada | 951 | 75,4% | 296 | 71,5% | 89 | 72,4% | 116 | 68,2% |
| Trabajando autónoma | 115 | 9,1% | 42 | 10,1% | 8 | 6,5% | 16 | 9,4% |
| Trabajando en tareas del hogar y crianza de los hijos | 75 | 5,9% | 23 | 5,6% | 7 | 5,7% | 13 | 7,6% |
| Edad de la madre | | | | | | | | |
| < 20 | 11 | 0,9% | 6 | 1,4% | 3 | 2,4% | 2 | 1,2% |
| 20-24 | 54 | 4,3% | 20 | 4,8% | 9 | 7,3% | 7 | 4,1% |
| 25-29 | 154 | 12,2% | 59 | 14,3% | 21 | 17,1% | 26 | 15,3% |
| 30-34 | 493 | 39,1% | 139 | 33,6% | 40 | 32,5% | 55 | 32,4% |
| 35-39 | 432 | 34,3% | 147 | 35,5% | 36 | 29,3% | 67 | 39,4% |
| 40-44 | 109 | 8,6% | 38 | 9,2% | 12 | 9,8% | 11 | 6,5% |
| >44 | 8 | 0,6% | 4 | 1,0% | 2 | 1,6% | 2 | 1,2% |
| Origen materno | | | | | | | | |
| Autóctona | 1073 | 85,1% | 319 | 77,1% | 112 | 91,1% | 161 | 94,7% |
| Inmigrante Africana | 4 | 0,3% | 4 | 1,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% |
| Inmigrante Asia | 11 | 0,9% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% |
| Inmigrante Europa Este | 32 | 2,5% | 15 | 3,6% | 2 | 1,6% | 2 | 1,2% |
| Inmigrante Latinoamericana | 103 | 8,2% | 63 | 15,2% | 4 | 3,3% | 2 | 1,2% |
| Inmigrante Magreb | 13 | 1,0% | 9 | 2,2% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% |
| Otras nacionalidades | 24 | 1,9% | 3 | 0,7% | 1 | 0,8% | 4 | 2,4% |
| Total 1974 | 1261 | 62,57% | 414 | 21% | 123 | 6,30% | 170 | 8,63% |

COMUNICACIÓN 21

LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES: MANTENIMIENTO Y ABANDONO. RESULTADOS DEL ESTUDIO LAYDI

| | | |
|--|--------------|-----------------------|
| Fernández Francés | María | CS La Corredoria |
| Ordóñez Alonso | M. Ángeles | CS La Corredoria |
| García Merino | Águeda | CS Vallobín-Concinos |
| Coto Fuente | M.Mar | CS La Magdalena |
| Fernández López | Francisco J | CS Nava |
| Pérez Candás | José Ignacio | CS Sabugo |
| Domínguez Aurrecoechea | Begoña | PAPenRED |
| Alonso Lorenzo | Julio | Técnico Salud Área IV |
| PAPenRed. Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria AEPap | | |

RESUMEN:

Objetivo:

Conocer los datos sobre lactancia materna en niños de 6 meses y los factores asociados al mantenimiento y abandono de la misma.

Material y método:

Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018 que acuden durante los 6 primeros meses de vida a las consultas de pediatría de AP pertenecientes a una red de investigación con cobertura nacional (PAenRed). Se recogieron, mediante cuestionario específico, el tipo de alimentación de los lactantes, los motivos para introducir lactancia artificial y los motivos para abandonar la lactancia natural. Se analizaron los datos de 5 visitas: 15 días, 1 mes, 2, 4 y 6 meses.

Resultados:

La lactancia materna exclusiva (LME) disminuyó desde el 65,6% a los 15 días hasta el 36,01% a los 6 meses. La mayor caída se produjo entre los 4 y los 6 meses (del 53,01% al 36,01%).

Motivos más frecuentes para introducir lactancia artificial (LA):

- En las tres primeras visitas, sensación de hambre en el bebé (45,4%, 52,4%, 54,5%) y sensación de tener poca leche (32,8%, 39%, 36%);
- A los 4 meses, sensación de hambre del bebé (37,2%) y decisión de la propia madre (33,7%);
- A los 6 meses, trabajo materno (59,3%) y decisión propia (22,8%).

Motivos para el abandono de la LM:

- En las 4 primeras visitas, sensación de hambre (52,9%, 49%, 40,4%, 50,4%, 42,5%) y sensación de tener poca leche (47,1%, 53,1%, 56,9%, 45,8%);
- A los 6 meses, trabajo materno (40,7%) y sensación de poca leche (39,7%).

Conclusiones:

La falta de confianza de las madres en su capacidad de amamantar, junto a la reincorporación de las madres al trabajo tras el permiso de maternidad siguen siendo los motivos principales del fracaso de la LME antes de los 6 meses.

