

PEDIATRÍA SOCIAL

P623

LIPOSUCCIÓN COMO COMPLEMENTO A LA CIRUGÍA DE LA GINECOMASTIA DEL ADOLESCENTE

F.J. Parri Ferrandis

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat.

Introducción: La ginecomastia en adolescencia es una patología de origen idiopático que comporta una importante repercusión psicológica en el niño, que evita mostrar su torso por vergüenza. En los casos más pronunciados la exéresis glandular ha sido el tratamiento clásico más utilizado.

En los casos asociados a obesidad, la mastectomía obtiene un resultado estético sólo parcial pues el tejido graso periglandular persiste en la zona pectoral.

Presentamos nuestra experiencia en la asociación de liposucción a la mastectomía clásica en el tratamiento de la ginecomastia del adolescente.

Material y método: Durante los años 2000 y 2001 hemos tratado 15 pacientes con esta problemática. Todos han sido evaluados por endocrinología y han llegado a la cirugía después de recibir una dieta de adelgazamiento.

Técnica: incisión areolar inferior, infiltrado del tejido subcutáneo pectoral, liposucción del tejido graso y posterior exéresis glandular.

Comentario: La liposucción permite eliminar el tejido graso periglandular de una manera regular y uniforme. Facilita el aislamiento y la exéresis de la glándula. Los resultados finales obtenidos son superiores a los de la técnica clásica y el grado de satisfacción de los pacientes es alto.

P624

LOS ADOLESCENTES Y LA TELEVISIÓN

C. Mauleón Rosquil y N. Gúrpide Ayarra

Centro de Salud Estella, Estella.

Objetivo: Analizar los hábitos televisivos de los adolescentes, entre 10 y 14 años, de nuestro entorno asistencial en orden a elaborar programas educativos específicos.

Material y métodos: Distribución aleatoria y sistemática de un cuestionario con 7 preguntas sobre hábitos televisivos a una muestra de 280 adolescentes sanos, entre 10 y 14 años de edad (148 varones y 132 mujeres), durante el curso escolar 2000/01.

Resultados: El 70,9% veía la televisión (TV) desde antes de los 3 años, El 71,4% de los hogares tenían dos o más TV, El 20,7% tenía TV en sus habitaciones. El 43,6% solía ver la TV sin compañía adulta. El 98,1% veía la TV todos los días de la semana. El tiempo dedicado a ver la TV era de 119 y 186 minutos los días laborales (de lunes a viernes) y los fines de semana (sábados y domingos), respectivamente. Además, el 76,4% también veían la TV en alguna de las ingestas diarias, sobretodo en la cena.

Conclusiones: Existe una gran permisividad respecto a la TV en nuestros hogares. Se facilita su accesibilidad a los hijos desde edades muy tempranas, se les colocan TV en sus habitaciones, apenas se controlan los contenidos televisivos y, en consecuencia, el consumo de la TV en los adolescentes es excesivo e indiscriminado.

P625

REVISIÓN DE LOS CASOS DE MALTRATO VISTOS EN NUESTRO HOSPITAL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO 1999 Y DICIEMBRE 2001

S. Albi Rodríguez, C. Ramos Navarro, S. Martínez Regueira, F. Casas Rivera, M.J. Ceñal y M.C. Bermúdez-Cañete Fernández
Hospital General, Móstoles.

Introducción: Se presenta una revisión de los casos de maltrato o sospecha de vistos en nuestro hospital en un período de un año y medio (mayo 1999 a diciembre 2001).

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente los casos de maltrato, revisando las Hª de Urgencias, las de planta y la información recogida por los Sº Sociales. Se analiza: procedencia; edad; sexo; motivo de consulta; frecuencia; exploración física y complementaria; características socioeconómicas de la familia; si se cumplimentó la hoja de notificación; tipo de intervención realizada; destino del niño y seguimiento posterior.

Resultados: 24 casos. *Epidemiología:* 58,6 niñas, 41,3 varones; edad media 7,8; mediana 6 años; rango de edades 4 meses-15 años. *Procedencia:* todos detectados en urgencias Pe-

diatría, salvo 4. *Motivo de consulta:* Sólo 5 no se presentaron con esa sospecha inicial. *Tipo:* maltrato físico (14) o sospecha de maltrato físico (5) leve; en 2 de ellos se asoció maltrato emocional; maltrato emocional exclusivo (4). *Acompañante:* uno o los dos padres, salvo 8 casos. *Agresor:* en casi todos los casos uno de los padres, salvo en 3. *Características sociofamiliares:* dispares, aunque todas las familias presentan algún problema social, de relación... *Hoja de notificación:* rellena en 17 casos, 2 sólo notificación personal a Sociales. *Intervención:* en 6 casos por no seguimiento no se sabe; 1 ingreso en psiquiatría; 1 Grupo de menores; 1 C. Acogida; 6 intervención directa juez (en 2 desde observación Urgencias), con cambio de custodia y domicilio del niño; resto marchan a su domicilio. *Seguimiento:* en todos por Sº Sociales Hospitalarios-Salud mental; salvo 1 (Sº Sociales área), 1 (paciente no localizado), 6 (no seguimiento documentado).

Discusión y resultados: 1) Los datos no difieren de otras series publicadas 2) La Hª del acompañante o los padres es determinante, se infradiagnostica si los padres enmascaran los síntomas. 3) El hospital es un lugar privilegiado donde el acceso a las instituciones legales es más sencillo. 4) El pediatra forma parte de un equipo, es preciso contar con medios de comunicación entre los profesionales, para proporcionar a los niños mejor protección.

P626

REVISIÓN DE LOS CASOS DE ABUSO INFANTIL, VISTOS EN NUESTRO HOSPITAL EN UN PERÍODO DE UN AÑO Y MEDIO (MAYO 1999-DICIEMBRE 2001)

S. Albi Rodríguez, C. Ramos Navarro, S. Martínez Regueira, F. Casas Rivera, M.J. Ceñal, M.C. Bermúdez-Cañete Fernández y A. Cervera Bravo
Hospital General, Móstoles.

Introducción: Se presenta una revisión de los casos de Abuso sexual o sospecha de; vistos en nuestro hospital en un período de un año y medio (mayo 1999 a diciembre 2001).

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente los casos de agresión ó abuso sexual, revisando las Hª de Urgencias, las de planta y la información recogida por los Sº Sociales. Se analiza: procedencia; edad; sexo; motivo de consulta; frecuencia; exploración física y complementaria; características socioeconómicas de la familia; si se cumplimentó la hoja de notificación; tipo de intervención realizada; destino del niño y seguimiento posterior.

Resultados: 9 abuso sexual o sospecha de ASI. *Epidemiología:* 8 niñas, 1 varón; (la mayoría, 4 casos, edades entre 8 y 15 años (rango total 2-15 años) *Procedencia:* todos detectados en urgencias, ya con esa sospecha inicial, salvo 1. *Tipos:* 3 fortuitos, aislados, agresor fuera núcleo familiar (tocamientos); 6 repetidos, agresor: familiar cercano, situación familiar anómala-(2 sospecha de tocamiento con introducción de objeto vía anal) (2 contacto físico con sospecha de penetración vaginal, exploración ginecología no concluyente) (2 contacto físico sin penetración.)

Acompañante: uno o los dos padres. Todos *Notificación* directa al juez. En 6 toma de muestras por forense. En 2 casos no se cumplimentó la hoja de notificación. En 7 casos apoyo psicológico a la familia y al paciente explícito. En 8 seguimiento Sº Sociales del hospital. *Destino:* 2 ingreso, 7 domicilio.

Conclusiones: 1) En los casos más graves el agresor pertenece al entorno familiar y el abuso sucede más de una vez; por lo que sería importante llegar al diagnóstico antes y estar atentos a datos sugerentes en las revisiones en A.P. 2) La EF no suele ser concluyente; por lo que es importante recabar una Hª clínica completa. 3) Dada la implicación legal se precisa colaboración directa del juez y forense. 4) Hay una importante sensibilización frente a estos hechos y se lleva a cabo siempre un seguimiento completo.

P627

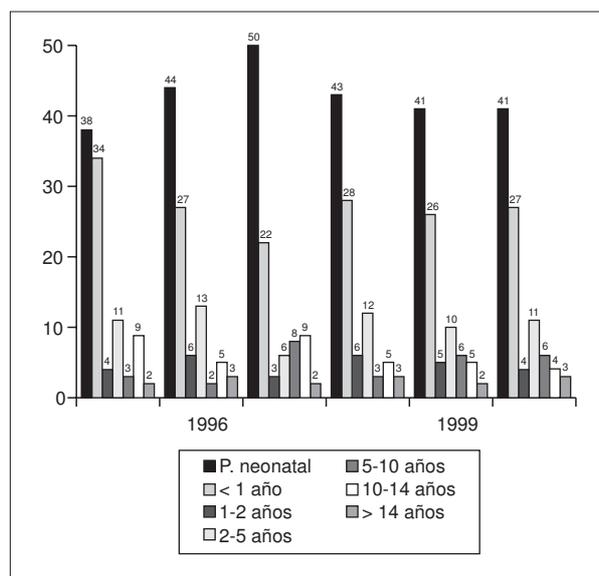
MORTALIDAD EN UN HOSPITAL INFANTIL 1996-2001

J.S. Parrilla Parrilla, J.M. Malo Aragón, A. Varona García, M. Muñoz Sáez, J.A. Soult Rubio, J.D. López Castilla, A. Ferrari Cortés e I. Gómez de Terreros
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El objetivo del trabajo es definir las características de los pacientes fallecidos en nuestro centro hospitalario.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron estadísticamente los datos recogidos a través de la revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes durante el período de enero de 1996 a diciembre de 2001.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 51.376 niños y fallecieron un total de 646 pacientes, esto supone una mortalidad del 1,26%. El 52% eran varones. De ellos el 36% eran neonatos procedentes del Hospital Maternal. El 12% del total venían de su domicilio. El 45% de los éxitos fueron pacientes en el período neonatal y menores de un año el 28%. La distribución por edad se expone en el gráfico siguiente:



Presentaron un síndrome polimalformativo el 40% de los fallecidos.

La causa infecciosa fue la predominante (25%), seguida de las malformaciones cardíacas (20%), tumoral (15%), polimalformativa (15%), neonatal (15%), y en menor porcentaje: respi-

ratoria, neurológica y accidental (10%). La mitad de los pacientes murieron en UCI Neonatal, el 35% en UCI Pediátrica. Se realizó necropsia en el 30%.

Conclusiones: El número de éxitos se mantiene similar en los 6 años revisados y no se detectan cambios significativos en los parámetros analizados. La infección es la causa más frecuente de muerte y aparece un escaso número de muertes por accidente. Fallecen en cuidados intensivos el 85% de los niños.

P628

LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL, UN FENÓMENO EN EXPANSIÓN

S.G. Palmero Guillén y F. Segura Reche

Centro de Salud Ciudad Jardín, Almería, Hospital Torrecárdenas, Almería.

En los últimos años se ha producido un fuerte aumento en la adopción internacional, asistiéndose así a un número creciente de niños adoptados, cuyo manejo requiere una especial sensibilidad y unos conocimientos específicos.

Se realiza un estudio descriptivo del trámite de adopción de niños procedentes de Rumanía a través de una agencia de adopción.

Durante dos años, octubre de 1998 a septiembre del año 2000, 90 niños rumanos son adoptados por familias españolas. Se trata de parejas heterosexuales con una media de edad de 35 a 40 años, la mayoría con problemas de esterilidad. El tiempo medio de espera es de un año y medio. El certificado de idoneidad se obtiene con una diferencia notable en las diferentes comunidades autónomas, tanto respecto al tiempo como al coste económico. Los padres solicitan un niño de 0 a 2 años, preferentemente del sexo femenino (80%). De los 90 niños estudiados, el 86,6% se hallaban institucionalizados desde el nacimiento; los restantes se hallaban en régimen de acogimiento familiar. El motivo de la institucionalización es, en la mayoría de los casos, la pobreza económica con todas sus repercusiones psicosociales. Sus edades oscilan entre los 12 meses y los 6 años, siendo la mayoría de los adoptados, un 51%, menores de dos años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. La patología predominante de estos niños según los informes realizados en su país por el personal responsable de las instituciones es la siguiente: 1. Retraso del desarrollo y crecimiento; 2. Problemas nutricionales; y 3. Retraso psicomotor, síndrome de carencia afectiva. Llamativo, aunque previsible, es que más del 85% de los casos se diagnostican de retraso psicomotor, siendo el déficit más acusado el del desarrollo del lenguaje.

El seguimiento del menor se realiza según las pautas marcadas por la Dirección General de Atención al Niño, siendo de carácter psicosocial, y llevada a cabo en el domicilio de la familia adoptiva del menor por un psicólogo y un trabajador social, personal adscrito a una agencia de adopción.

1) Consideramos necesaria la integración de un pediatra en el equipo de seguimiento del menor. 2) El éxito de la adopción requiere de una sensibilidad y conocimientos específicos. 3) Los niños procedentes de los países ofertantes presentan mayor morbilidad y enfermedades por privación física y emocional.

P629 INTOXICACIÓN POR DROGAS DE DISEÑO EN UN LACTANTE

P. Postigo Martín, L. García Sarriguarte, S. Campos León, P. Diego Gayte, J. Rementería Radigales, J. Garate Aranzadi, J. Humañor Yañez, A. Martínez y A. Delgado Rubio
Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Introducción: Las intoxicaciones en niños son causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia de nuestros hospitales, sin embargo la inhabitual presentación de una intoxicación por drogas de abuso en lactantes nos lleva a presentar un caso visto en nuestro servicio consistente en un lactante de 10 meses que acude con un cuadro convulsivo en el contexto de una intoxicación por drogas.

Caso clínico: Lactante de 10 meses de edad que acude por un cuadro de unos 15 minutos de duración consistente en hipertonia, movimientos de las extremidades no rítmicos ni simétricos y versión ocular, tras el que presenta pérdida de conexión con el medio durante unos 15 minutos. Previamente al episodio se encontraba afebril. Refería cuadro catarral desde hacía varios días. No hay antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración destaca: FC: 187 lpm, T³: 38,1 °C (r), Glasgow (m) 15 con pupilas midriáticas y reactivas, intensa diaforesis y estado de agitación. Entre las pruebas complementarias realizadas presenta una orina normal, hematemetría normal, bioquímica (CK=1128; LDH= 858, resto normal); tóxicos en orina (BZD -; opiáceos -; Barbitúricos -; Anfetamina -; Cannabinoides -; cocaína +). ECG: taquicardia sinusal, resto sin alteraciones. Se inicia tratamiento en el servicio de urgencia con carbón activado y se procede a la monitorización de las constantes y el control de la diuresis. Durante su hospitalización se observa una normalización analítica progresiva, negativización de los controles de tóxicos en orina y normalidad hemodinámica. Se consulta con los servicios jurídicos y de asistencia social para evaluar el entorno familiar y decidir el retorno a su hogar.

Discusión: La infrecuencia de este tipo de intoxicaciones, la falta de exactitud para la detección de estas sustancias en las técnicas de laboratorio, así como la ocultación por parte de los familiares de ciertos datos hace que este tipo de casos sean de difícil diagnóstico. Esto puede desencadenar un retraso en el correcto tratamiento, que en ocasiones puede ser vital.

Conclusión: No es fácil diagnosticar una intoxicación por sustancias de abuso en un lactante si no existe un relato por parte de la familia. No obstante es una posibilidad que debemos considerar ante un cuadro neurológico de etiología incierta. Por otra parte el manejo de este tipo de pacientes es multidisciplinario en coordinación con los servicios jurídicos y de asistencia social.

P630 INDICADORES DE SALUD EN UNA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EDAD PEDIÁTRICA

I. Clara i Vila, L. Puy i Rocabruna, E. Jiménez Santana, A. Domínguez Sánchez, E. Borlan Agüero y A.B. Ramos Carbaljo
Área Básica de Badalona 5.

Antecedentes: El aumento de la población inmigrante en nuestro entorno y el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de sus hábitos de salud. Objetivos: Estu-

dio descriptivo de diferentes variables, de una población inmigrante atendida en un centro de salud del área metropolitana de Barcelona.

Material y métodos: Hemos estudiado una población de 93 niños y niñas, entre 0 y 14 años, de diferentes países de origen y atendidos en 2 consultas de pediatría, que corresponden a un 6,4% del total de la población. Se estudian diferentes variables recogidas en la hoja pediátrica (UBA, edad, sexo, país de origen y estado vacunal) y en el Programa del Niño Sano (hábitos higiénicos, alimentarios y tóxicos, reposo y sueño, escolarización y deporte).

Resultados: Mayoritariamente, la población infantil inmigrante atendida procede de Marruecos (33%) seguida muy de cerca de los niños y niñas de Centro y Sudamérica (30%), de los cuales hemos observado un aumento considerable en los últimos años. Hay un predominio del sexo masculino (56%) sobre el femenino (44%) con una cobertura vacunal del 76%. Del Programa del Niño Sano apreciamos un seguimiento del 88%. El 68% están edad escolar. El 96% tienen unos hábitos higiénicos correctos, excepto la higiene dental, donde solo un 24% lo hace correctamente. Se aprecian déficits en los grupos de alimentos, tan solo un 67% hace una dieta variada y un 59% una ingesta correcta de lácteos. El resto de datos observados no se alejan de los que encontramos en la población infantil autóctona.

Conclusiones: La mayor parte de la población infantil inmigrante que acude a nuestro centro procede Marruecos y Centro y Sudamérica. Se aprecian unos hábitos de salud aceptables excepto la higiene dental. Los datos observados son semejantes a los de la población general de nuestro entorno.

P631 INTENTOS DE SUICIDIO: REVISIÓN DE 23 CASOS

A. López-García, C. Serradilla Rodríguez, S. López Ros y J. Navarro González
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El suicidio es la 2^a- 3^a causa de muerte en frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. En las últimas décadas se ha observado un aumento significativo de la incidencia, siendo la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes españoles del 7-9%.

Material y métodos: Estudio retrospectivo analizando historias clínicas de los casos ingresados en nuestro hospital por intento de suicidio desde 1994 al 2001, ambos inclusive. Variables estudiadas: características epidemiológicas, demográficas y psicosociales de los pacientes ingresados, forma de intento de suicidio, factores precipitantes y gravedad del incidente.

Resultados: Se revisaron 23 casos con una media de edad de 12,2 años (9-14 años). Predominio del sexo femenino (78%). El 70% de los pacientes ingresados procedían de área metropolitana, frente al 30% del medio rural. Un 43,4% presentan fracaso escolar. La mayoría de los intentos de suicidio (52%) acontecen durante los meses de invierno. El método más frecuente fue la ingesta de medicamentos (78,2%) destacando los ansiolíticos (44,4%) y los analgésicos (38,8%). Se establece una relación clara con la presencia de trastorno depresivo, tanto en el paciente (58,3%) como en la familia (43%), así como con la existencia de conflicto con los padres (60,8%), siendo el factor precipitante más común la discusión

familiar (52%). El promedio de hijos por familia es de 3,7 (2-8 hijos). Existía separación/divorcio de los padres en el 47,8% e historia de violencia doméstica en el 21%. El 30% de los niños presentó un segundo intento, y sólo uno de ellos requirió soporte ventilatorio por depresión respiratoria.

Conclusiones: 1) La prevención primaria del suicidio en niños y adolescentes se basa en el conocimiento de los factores de riesgo asociados, que coinciden en nuestra muestra con los hallados en la bibliografía revisada. 2) La ingesta de medicamentos, en especial fármacos psicotropos y analgésicos, destaca como la forma más común de intento de suicidio, por lo que resaltamos la importancia de limitar el acceso a los mismos dentro del hogar. 3) Planteamos la necesidad de un enfoque multidisciplinar del problema, actuando preferentemente en el núcleo familiar y en el ámbito educativo.

P632

EMBARAZO NO CONTROLADO

R. Gómez Casares, N. Muñoz Jareño, A. Retuerta Oliva, R. Santiago Gómez y T. Alonso Ortiz
Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Introducción: El porcentaje de embarazos no controlados se ha incrementado en nuestro país en los últimos años. Uno de los factores causales más importantes es el aumento del número de inmigrantes, quienes debido a su situación cultural y socioeconómica no tienen un control obstétrico apropiado.

Objetivos: Presentación de un protocolo para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y psicosociales de niños cuyas madres no realizaron un seguimiento adecuado de los controles gestacionales. Se desean estudiar con mayor profundidad las poblaciones de riesgo, para así identificar su problemática, y al mismo tiempo interesa conocer la evolución de estos niños. Con todo ello se elaborará un informe con el fin de que las autoridades competentes puedan poner en marcha programas de intervención que eviten estas situaciones.

Métodos: Formulario que recoge los antecedentes familiares, obstétricos, y clínico-analíticos de todos los niños ingresados en nuestro Servicio por no haber tenido control obstétrico durante su gestación.

Resultados: Se han seleccionado una serie de datos que se consideran de interés para el estudio de estos casos: factores epidemiológicos, tanto maternos como paternos (nacionalidad, tiempo de residencia si es extranjero y su regularización, edad, estado civil, profesión, nivel cultural y económico, hábitos tóxicos, enfermedades previas y concomitantes, estabilidad de la relación de pareja); factores clínicos del niño (obstétricos y postnatales); factores analíticos (se recogen todas las pruebas que se realizan en nuestro Servicio en estas situaciones) y por último, factores psicosociales (entre los que se incluye el seguimiento posterior del niño).

Conclusión: Se considera importante la aplicación de un protocolo para obtener información significativa que contribuya a mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros pacientes.

P633

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS EN EL PERÍODO 2000-2001 EN CATALUÑA

J.A. Belmonte Torras, L. Gubern Pi, A. Guinot Madrdejos, M. Falcón Rodríguez, I. Benítez Segura y J. Roqueta Mas
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

Antecedentes y objetivo: Las quemaduras de causa accidental en la infancia, siguen siendo -a pesar de las diversas campañas de prevención que se llevan a cabo en la actualidad-, motivo de consulta frecuente, así como también de ingreso hospitalario. El conocimiento de la epidemiología nos puede ayudar en su prevención.

Métodos: Hemos analizado la casuística de los pacientes ingresados en nuestra unidad pediátrica de quemados en el período comprendido entre el 1 de enero del año 2000 al 31 de diciembre del 2001.

Resultados: En el año 2000 ingresaron 109 casos y en el 2001, 140. Los pacientes provenían de las cuatro provincias catalanas, así como también de Baleares. Las edades estaban comprendidas entre 18 días y 16 años, con una media de 4.5 años ($\pm 4,1$ DE). Predominaron en varones (61%). Menores de un año de edad: 44%; de 3 a 10 años: 29% y más de 10 años: 34%. La mayoría correspondían a accidente de tipo doméstico (90%). Las causas fueron: líquidos en un 68%, llama en el 18%, contacto en el 6%, eléctricas 8% y químicas en el 2%. En relación con material pirotécnico en un 4,4%. En el año 2000, el 30% precisaron injerto cutáneo; en el 2001, lo precisaron un 34% debido a la profundidad de las lesiones. La estancia media, global, fue de 18 días. La estancia media en niños considerados grandes quemados-superiores a un 20% de superficie corporal quemada- y con lesiones profundas tributarias de injertos cutáneos diversos-mallados, laminares o bien coberturas artificiales-, fue de 67 días. No hubo ningún caso mortal.

Conclusiones: Destacamos de esta revisión: el aumento en el año 2001 del número de ingresos; la incidencia considerable de quemaduras por vahos de preparación doméstica (seis casos); el riesgo de los grifos monomando, de los microondas, encendedores, del mal uso de botellas de alcohol, entre otros aspectos. El pediatra debería asumir un papel importante en cuanto a la prevención de estos accidentes.

Resultados: Se resumen en la siguiente tabla:

	Grupo I		Grupo II		p
	n	%	n	%	
Intubación en el coma	10/17	58,8	12/14	85,7	< 0,05
Sonda gástrica (t. severo)	10/61	16,4	14/55	25,4	< 0,05
Vías venosas (t. Severo)	24/61	39,3	32/55	58,2	< 0,05
Collarín cervical en TC	51/128	39,8	63/121	52,1	< 0,05

Conclusiones: La difusión de nuestro programa de formación para la asistencia al Trauma Pediátrico está dando sus frutos y la asistencia urgente al niño traumatizado en nuestro medio es mejor que hace unos pocos años.