

XIV Congreso Nacional de Pediatría Social

Las Palmas de Gran Canaria, 17-19 de noviembre de 1999

SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE LACTANTES MONITORIZADOS CON APNEA - RIESGO DE MUERTE SÚBITA

G. Cabrera Roca, M. Cidrán Pidrè, M.E. Angulo Moreno,
F. Machado Fernández, P. Camejo Pérez, J. Quintana Álvarez
y J. Calvo Rosales

Hospital Universitario Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Con el descenso de la mortalidad por otras causas, la muerte súbita del lactante (MSL) ha pasado de ser una de las causas principales de muerte en el primer año de vida.

Objetivos: Control longitudinal de pacientes con monitorización domiciliar por apneas y/o episodios casi letales, sin causa subyacente conocida. También se incluyó a hermanos de fallecidos por MSL. Se pretende: 1. Detectar posibles etiologías subyacentes, al principio inaparentes. 2. Prevenir episodios de MSL (si ello es posible). 3. Comparar la evolución ulterior de los pacientes.

Material y métodos: Serie de 16 pacientes: 13 ingresados en la unidad por apnea y/o cianosis y 3 con hermanos fallecidos por MSL. Se incluyó aparte del estudio general, electroencefalograma, polisomnografía, ecocardiograma y ecografía craneal; electroencefalograma, tránsito y gammagrafía esofágica. Si había sospecha se añadía estudio metabólico. Todos los pacientes se dieron de alta asintomáticos. Se usaron monitores Aquitron Medical Inc. 9550® (carburos metálicos) con monitor de frecuencia cardíaca y movimientos respiratorios por impedanciometría. Se dispone de memoria de episodios, para volcado a PC y análisis informatizado.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (8 varones/8 hembras), cinco de ellos pretérmino. Peso al nacer: límites, de 1.055 a 4.500 g; edad gestacional, límites, 29-41 semanas. Inicio de síntomas entre 6 y 162 días de vida. Monitorización domiciliar iniciada entre 30 y 175 días.

En 6 pacientes se detectaron apneas mayores de 20 segundos (sólo en un caso se asociaron síntomas importantes). En 3 pacientes se detectaron convulsiones que originariamente se fijaron como apneas. En 7 pacientes no se detectaron sucesos patológicos siendo etiquetados finalmente de reflujo esofágico o cianosis no explicada. 6 pacientes continúan todavía monitorizados. No se produjo ningún fallecimiento.

Conclusión: No es posible comparar con grupo control no monitorizado por razones obvias. En nuestra experiencia la monitorización permitió: 1. Segregar causas aparentes de apneas (p. ej., equivalentes convulsivos). 2. Comparar la presencia de apneas en 6/16 pacientes. 3. Facilitó el alta hospitalaria de los pacientes al aportar un margen de tranquilidad relativa a familiares y médicos responsables.

VIOLENCIA SEXUAL A MENORES: UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD DEL PROBLEMA

A. Sepúlveda García de la Torre, S. Millán Madera
y P. Sepúlveda García de la Torre

Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales.

Introducción: El abuso sexual a menores es el más oscuro maltrato. Los datos arrojados en las investigaciones, tanto en España como en otros países, demuestran su gran frecuencia y sus preocupantes efectos sobre el/la menor, la familia y la sociedad, siendo un problema que supera el ámbito de lo privado para adquirir dimensión social. Tan sólo el conocimiento real del problema va a permitir abordarlo en toda su magnitud. La presente investigación tiene como objetivo establecer las distintas circunstancias en que se producen los abusos sexuales a menores, con el fin de conocer una realidad del problema.

Material y métodos: La muestra objeto de estudio está compuesta por 81 casos, todos ellos menores de 18 años y de ambos sexos, que habían sufrido abusos sexuales y acudido a AMUVI (Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Andalucía) en demanda de asistencia, derivados de los distintos servicios con los que dicha asociación se encuentra coordinada (policía, hospitales, servicios sociales, etc.). La información de los datos que se presentan se obtuvo a través de unos protocolos de recogida de datos de elaboración propia en el que se contemplaron las variables más relevantes de índole victimológica.

Resultados y discusión: El 62 % de los casos atendidos sufrieron abusos sexuales de forma reiterada, mientras que el 38 % restante de los abusos fueron puntuales, indicándonos que los abusos sexuales a menores no son simplemente hechos aislados, sino que en alta proporción se vienen sucediendo a lo largo de mucho tiempo, meses, años, etc. El mayor entre 13 y 17 años, siendo una de las posibles causas la autonomía propia de la edad, por lo que al riesgo de sufrir abuso sexual en su entorno se une como factor añadido la violencia sexual en forma de asalto callejero. El 23 % de los abusos fueron cometidos por el padre o compañero sentimental de la madre, seguido del amigo (12,8 %); estos datos muestran la alta proporción de que el agresor sea alguien del entorno cercano a la víctima, siendo mucho menos frecuente (3,8 %) que sean cometidos dichos abusos por un desconocido. Como perfil del abusador sexual nos encontramos con: varón, 100 % de los casos, entre 36 y 45 años; 30 % de los casos, casado o con pareja estable; 43 %, estos datos apoyan la idea de que los abusadores suelen ser personas con una vida familiar aparentemente estable, aunque no hay que ignorar la alta proporción (26 %) de agresores juveniles (17 y 25 años).

Conclusiones: Estos datos nos reafirman en la conclusión de que el abuso sexual debe ser estudiado desde una perspectiva

multidisciplinaria, atendiendo a todas las variables victimológicas y criminológicas. Sacar el mayor conocimiento del delito es lo que nos dará las mejores pautas de prevención.

REPERCUSIONES SOCIOFAMILIARES EN NIÑOS TRASPLANTADOS RENALES

E. Varela Rubio, D. Popowa e I. Gómez de Tererós

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Hemos revisado 20 niños que han sido sometidos a un trasplante renal en los últimos años, para valorar el cambio que le ha supuesto en distintos aspectos de su vida el recibir este nuevo órgano.

Material y métodos: Se ha distribuido una encuesta (41 preguntas) a los familiares de niños trasplantados renales que acudieron a Consultas Externas de Nefrología o que han estado ingresados en la planta de nefrología durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre del año 1999 en el Hospital Virgen del Rocío.

En dicha encuesta se preguntó sobre la repercusión que tuvo la enfermedad renal crónica en el niño y la mejora en la calidad de vida que ha experimentado el paciente tras el trasplante.

Resultados: En todos los familiares y pacientes entrevistados existe un sentimiento común de haber mejorado la calidad de vida tras el trasplante e, incluso, en muchos de ellos ha supuesto una mejora en las relaciones intrafamiliares.

Conclusiones: La enfermedad renal crónica en un niño supone unos desajustes en la dinámica familiar e interfiere en el desarrollo psico intelectual del niño por las continuas hospitalizaciones, revisiones, etc., pero toda esta situación se sobrelleva con la esperanza, y a la vez temor, de ser trasplantado algún día; y experimentar, como en el caso de nuestros pacientes, una mejoría no sólo en el campo de la salud, sino también en otros aspectos de sus vidas.

REPERCUSIONES SOCIOFAMILIARES EN NIÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

D. Popowa, E. Varela Rubio e I. Gómez de Tererós

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Se han revisado 45 niños que han sufrido enfermedad renal crónica (prediálisis-diálisis) para valorar la repercusión sociocultural que puede suponerle su enfermedad así como su tratamiento.

Material y métodos: Se ha distribuido una encuesta (36 preguntas) a los familiares de niños afectados de enfermedad renal crónica que acudieron a consultas externas de nefrología o que han estado ingresados en la planta de nefrología durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre del año 1999 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. En dicha encuesta preguntamos sobre la repercusión de la enfermedad en: 1. Carácter y comportamiento del niño. 2. Relación intrafamiliar y situación económica. 3. Situación escolar del niño. 4. Grado de satisfacción de la familia respecto al trato hospitalario y en su centro de salud.

Resultados: En nuestro estudio se han detectado repercusiones importantes en el área socioafectiva del niño, tanto en el individuo como en sus relaciones con el entorno familiar consistentes en trastornos del carácter, fracaso escolar, relación intrafamiliar conflictiva, etc.

Estos problemas se ven agravados por la escasez de recursos económicos.

Conclusiones: La enfermedad renal crónica supone grandes trastornos en el ámbito personal y familiar. En nuestro juicio sería necesario un apoyo psicológico y económico, que permitiera a estos niños y a sus familiares un desarrollo normal en su estilo y calidad de vida.

REPERCUSIONES SOCIOFAMILIARES DE LA LEUCEMIA INFANTIL

N. Sánchez Fernández, B. Núñez de la Torre

L. Lanzarote Fernández, E. Plaza Delgado e I. Gómez de Tererós

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La leucemia es una enfermedad con gran repercusión sociofamiliar debido tanto al impacto emocional al comunicar el diagnóstico como a la larga hospitalización que supone, con tratamientos que precisan técnicas agresivas y que presentan efectos secundarios importantes.

Material y métodos: Revisión de 30 pacientes diagnosticados de leucemia linfoblástica seleccionados de forma aleatoria en nuestro hospital en los últimos 23 años. La recogida de datos se ha efectuado a través de una encuesta clínica con respuesta múltiple realizada a los padres de los enfermos.

Resultados y discusión: Se realizaron encuestas a padres de 30 pacientes, 15 niños y 15 niñas, de edades al diagnóstico comprendidas entre los 15 meses y los 12 años. En un 70 % de los casos el grado de satisfacción con la información recibida al diagnóstico fue bueno. La preocupación seguida del llanto y la confusión fueron las reacciones más frecuentes al comunicar el diagnóstico, siendo dicha preocupación junto con la esperanza los sentimientos más contestados al realizar la encuesta independientemente de la situación clínica del niño. La quimioterapia es la parte del tratamiento más dura en nuestro estudio. El 46,6 % afirmaron que su hijo tras el diagnóstico se volvió más caprichoso, responsable (40 %) y afectuosos (43,3 %) aunque la relación del paciente con sus familiares directos no experimentó cambios significativos. El 70 % piensa que le ha quitado dedicación al resto de sus hijos los cuales lo han manifestado con tristeza y/o enfado en un 50 %. El 63,3 % refiere un cambio en su relación de pareja. Han necesitado ayuda psicológica el 36,6 %, y es satisfactoria en el 45,5 % de los casos. Conocen o están afiliados a una asociación el 50 % de los encuestados. En el 86,6 % la enfermedad ha supuesto un aumento de sus gastos recibiendo ayuda económica de la administración un 16,6 %, siendo insuficiente en todos ellos.

Conclusiones: La leucemia infantil supone una ruptura en el equilibrio emocional de los padres apareciendo sentimientos tales como preocupación, culpa y tristeza que interfieren con la dinámica familiar. Es conveniente una mayor asistencia psicológica así como más y mejores ayudas económicas por parte de la administración. En nuestro estudio los encuestados demandan mejores instalaciones y menús para mejorar la asistencia tanto del paciente como de sus familiares.

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.A. Díaz Huertas, J. Casado Flores, E. García Pérez,

M.A. Ruiz Díaz y J. Esteban Gómez

Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario surge de demandas de los sanitarios y para dar respuesta a las necesidades de la infancia en situación de riesgo o maltrato.

El Programa comenzó en 1998 y se desarrollará a lo largo de 5 años; abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, prevención y atención a niños maltratados implicando a todos los profesionales del ámbito de la salud como a instituciones públicas y privadas en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil.

Los profesionales que participen en los cursos actuarán como referentes identificados en sus respectivos trabajos y participarán en las reuniones de seguimiento.

La versión inicial y el cuestionario fue sometida a discusión a un grupo formado por 85 expertos. La versión final es el resultado de las diferentes aportaciones buscando un amplio consenso.

En el programa participan los hospitales y centros de salud del Instituto Nacional de la Salud, Concejalías del Área de Sanidad y Consumo y del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma.

En estos 5 años se prevé realizar 29 cursos recibiendo formación 1.400 alumnos: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

Los cursos que se realizarán los primeros 3 años tendrán la función de ser formador de formadores, ya que estos alumnos serán a su vez los profesores en los cursos que se realicen a los últimos 2 años.

Se ha publicado un libro que recoge el programa, procedimiento que debe seguirse en casos de maltrato infantil, contenidos teóricos, bibliografía y direcciones de interés.

El maltrato infantil debe incluirse de forma sistemática como la etiología de determinados procesos patológicos siendo el diagnóstico diferencial o el juicio diagnóstico en procesos y síndromes compatibles.

La búsqueda de una mayor eficacia en la prevención del maltrato infantil se orientará a realizar los mayores esfuerzos en momentos especialmente favorables como el período de gestación; el nacimiento y atención en maternidad y neonatología; y en los primeros años de vida que requieren un seguimiento del desarrollo y salud del niño.

La sensibilización, formación y actuación aconsejan editar materiales cuyo contenido y presentación facilite el conocimiento de este problema e identificar signos y síntomas de maltrato infantil que orienten su actuación. Se editarán cuatro libros/documentos: general sobre maltrato infantil, detección de riesgo social en la embarazada, para el área de salud mental y otra sobre abuso sexual.

PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL EN NUESTRO MEDIO EN 1998

A. Pérez Sánchez, J.S. Parrilla Parrilla, B. Barrionuevo Gallo e I. Gómez de Tereos

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Analizar la prevalencia en nuestro medio de los defectos del tubo neural (DTN) y sus aspectos epidemiológicos y quirúrgicos.

Material y métodos: Se han estudiado los DTN nacidos en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla o trasladados desde otros hospitales en período neonatal precoz, para su intervención durante 1998.

Resultados: Han sido atendidos en período neonatal 17 niños con DTN: 12 mielomeningoceles, 3 meningoceles, 1 agenesia sa-

dra y 1 diastematomielia. A éstos hay que añadir 4 interrupciones voluntarias del embarazo (3 anencefalias y 1 mielomeningocele). De éstos, 11 nacieron en nuestro hospital y 6 fueron ingresos externos. La prevalencia de DTN en nuestro hospital fue 1,85 por mil recién nacidos vivos y de 1 por mil para la espina bífida quística (EBQ), y que corregidos excluyendo a los pertenecientes a otra provincia para evitar el sesgo de traslado, sería de 1,35 por mil para los DTN y de 0,74 por mil para la EBQ. Entre los factores de riesgo maternos no existía en ningún caso familiar con DTN, hubo 1 madre con diabetes mellitus insulino dependientes, 1 con epilepsia en tratamiento con ácido valproico o carbamazepina y 3 con abortos previos (una de ellas de repetición y otra con feto muerto anterior). En cuanto a la distribución anual hubo un incremento significativo en el último trimestre, y 5 de los 8 casos pertenecían a la provincia de Huelva (¿factores epidémicos?).

El diagnóstico prenatal completo se realizó en el 44 % de los casos y la suplementación con ácido fólico no se ha realizado correctamente en ninguno de los casos, ni siquiera en las madres de riesgo. Se encontraron 5 pacientes con procesos malformativos asociados (2 polimalformados que fallecieron), y otros 5 presentaron complicaciones en el período neonatal (4 hidronefrosis en los primeros 3 días en el 80 % de los mielomeningoceles y en el 33 % de los meningoceles, y en 4 casos necesitaron implantación de una válvula de derivación VP de LCR entre la segunda y tercera semana.

Conclusiones: Hay una incidencia elevada en nuestro medio, un diagnóstico prenatal bajo y un uso incorrecto del suplemento con ácido fólico. Por ello, creemos necesario la existencia unidades de espina bífida que integren y coordinen la atención multidisciplinaria de estos pacientes, una mejora de la asistencia prenatal a través de una consulta pregestacional para las mujeres de riesgo, y realización de campañas de prevención con ácido fólico.

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y MALOCCLUSIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LAS REMUDAS

A. Cabrera Abreu, J. Morilla Cantero y J.L. Alonso Bilbao

Centro de Salud Las Remudas. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las enfermedades bucodentales constituyen un grave problema de salud pública, obligando a la Administración a desarrollar programas específicos de prevención y promoción de la salud dental.

Nuestro interés se centra en conocer el estado de salud dental y las maloclusiones de la población escolar de la Zona Básica de Salud de Las Remudas.

Material y métodos: La población objeto de estudio eran los 371 niños de educación primaria de la zona básica de salud (ZBS) de Las Remudas, de los que acudieron a consulta 203. Las variables analizadas fueron: datos sociodemográficos, CAOD como indicador del número de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y doturados, clasificación de Angle para valorar alteraciones de la oclusión, tipo de mordida y la presencia de hábitos como biberón, chupete, chupador de dedo o respirador bucal.

Resultados: Los niños examinados fueron 203, 92 (45,3 %) niñas y 111 (54,7 %) niños. Edad media, 9 años; límites, entre 6 y 13.

El valor promedio del CAOD fue de 0,96, existiendo 118 (57,8 %) niños sanos (CAOD = 0); el 12,8 % tenían un CAOD \geq 3. Hubo relación estadísticamente significativa ($p = 0,035$) entre la edad de los niños y el CAOD, indicando que a mayor edad el

CAOD era superior. Esta relación fue significativa para dos de los componentes del CAOD: caries ($p = 0,002$) y obturaciones ($p = 0,003$), no observándose para las ausencias.

Respecto a la clasificación de Angle de la maloclusión, se encontraron 150 (73,9 %) clase I, 42 (20,2 %) clase II y 12 (5,9 %) clase III. Con relación al tipo de mordida, esta era normal en 133 (65,5 %), cruzada unilateral en 40 (19,7 %), abierta en 15 (7,4 %), overjet en 9 (4,4 %) y la mordida borde a borde y la cruzada bilateral estaba representada por 3 (1,5 %) en cada caso. No se encontró relación entre sexo y CAOD, maloclusión o tipo de mordida.

Entre los hábitos estudiados, 31 (15,3 %) niños continuaban utilizando biberón, 44 (21,7 %) chupete, 11 (5,4 %) eran chupadores de dedo y 48 (23,6 %) eran respiradores bucales. Estos hábitos se mantuvieron hasta los 8 años. No se encontró relación entre el sexo o la edad y los hábitos mencionados. Sí se encontró relación ($p < 0,001$) entre el hábito del chupete y presentar alteración en el tipo de mordida.

Discusión: El índice CAOD obtenido está entre los objetivos de la OMS para Europa en el año 2000, pudiendo estar relacionado con el desarrollo de actividades preventivas a través del programa de salud bucodental en la ZBS. Respecto a las maloclusiones hay un predominio de la clase I frente a la clase II y de ésta sobre la clase III en nuestra población. Llama la atención el porcentaje de niños que prolonga hasta los 8 años el hábito del biberón y del chupete.

ORTOPEDIA CRANEOFACIAL EN EL LACTANTE

J. Pinoyt, M.D. Coll, S. Rigol, J. Ilari y M. Martí

Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: Las deformidades craneofaciales posicionales del lactante se vienen tratando de antiguo con medidas posicionales correctivas y ejercicios del cuello. Con una nueva técnica, la ortopedia craneal, mejoramos radicalmente los pobres resultados obtenidos hasta ahora y evitamos la cirugía si la indicación ortopédica es precoz y su uso el adecuado.

Objetivos: Hemos querido corregir las deformidades del cráneo y de la cara de la plagiocefalia, la escafocefalia y la braquicefalia mediante una acción de contención ortopédica sobre las partes sobresalidas y la creación de espacios a nivel de las deprimidas a fin de favorecer su crecimiento.

Material y métodos: Nuestra experiencia recae sobre 36 lactantes afectados de grados diversos de deformidades craneofaciales (desde abril de 1998 a setiembre de 1999). Todos ellos han sido sometidos a la toma de medidas antropométricas, fotografías y radiografías de cráneo. No han accedido 11 casos (por edad o por voluntad) al tratamiento constituyendo nuestro grupo control y 25 casos (16 niños, 9 niñas) han sido sometidos a ortopedia, correspondiendo a 22 plagiocefalias, 2 escafocefalias y 1 braquicefalia. La edad media al inicio del tratamiento fue de 6,3 meses (límites, 3-11 meses) y el tiempo promedio de uso de la ortosis de 4 meses.

Resultados: Se ha obtenido un aceptable remodelado de la bóveda craneal hundida y una simetría de la parte alta de la cara. La mejora de la base craneal y el resultado global de los lactantes próximos al año ha sido más discreto. No se ha observado ninguna complicación de importancia.

Conclusiones: La ortopedia craneal cambia sensiblemente el pronóstico de las deformidades craneofaciales del lactante corrigiéndolas de forma dinámica y personalizada. El aspecto clí-

nico y la radiología son básicos para hacer una correcta indicación. La respuesta es mejor en los lactantes pequeños. La mejoría clínica objetiva, la edad y las medidas antropométricas son los parámetros utilizados para indicar el fin del tratamiento.

MOTIVOS DE DERIVACIÓN A TRABAJO SOCIAL EN NUESTRO HOSPITAL

V. García Bernabeu, M.C. Jover Pereira, M. Traguas Casañó, Corriente, A. López Andadre, M. Gayán Guardiola, A.V. Jiménez Girón e I. Gómez de Terro
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Conocer los motivos de las derivaciones a trabajo social en nuestro hospital, así como las características del niño y la familia para los que se solicita la consulta, junto con el seguimiento y las derivaciones que realiza la Unidad de Trabajo Social (UTS).

Material y métodos: Sobre el libro de registro del año 1998 de la UTS se revisan las historias clínicas de los niños para los que se solicitan hojas de consulta desde los distintos servicios de hospital.

Resultados: De un total de 212 hojas de consulta, se revisaron 181, que correspondieron a niños vistos en nuestro hospital con una distribución por sexo de un 52 % de varones y 48 % mujeres. Por edades, entre 0 y 1 mes (38 % de las consultas), hasta 1 año, el 20 %, justificaban las derivaciones fueron: problemas socioeconómicos y de disfunción familiar (50 %), padres adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) y/o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (27 %), angustia familiar ante el diagnóstico (14 %), adopciones (2 %), otros (8 %). La UTS realiza la sistemática entrevista orientación y entrevista de apoyo en el 95 % de los casos, por no acudir el 5 % restante a la cita. Se derivaron el 47 % a los servicios sociales de zona, al Servicio Provincial de Atención al Niño (SPAN) el 20 %, alta fueron el 11 % y asociación síndrome de Down, ONCE, Cruz Roja y otras asociaciones el resto. Existió una concordancia emitida por UTS.

Conclusiones: 1. Los recién nacidos y los lactantes son los que motivan el mayor número de consultas, siendo más frecuente en estos grupos de edad, además de los problemas económicos, presente en todos los grupos de edad, los de padres ADVP-VIH. 2. Existe concordancia importante entre el motivo de la consulta emitido por el personal sanitario y el juicio que realiza la UTS. 3. Los servicios sociales de zona son los que reciben la mayoría de las derivaciones procedentes de la UTS.

MORBILIDAD DEL NIÑO INMIGRANTE

J. García Pérez

Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos: Aunque las condiciones de salud de los inmigrantes suelen ser similares a las de la población general, con algunas particularidades epidemiológicas en función de las enfermedades prevalentes en sus países de origen, las enfermedades infecciosas, los accidentes laborales y los trastornos psiquiátricos son muy frecuentes entre los inmigrantes.

Los inmigrantes y los refugiados constituyen un grupo muy heterogéneo de población y es fundamental el conocimiento de las enfermedades endémicas de cada una de las zonas de procedencia.

La Unidad de Pediatría Social y Medicina Preventiva ha puesto en marcha un servicio de vigilancia de salud del niño inmigrante.

Material y métodos: Se estudiaron en el período de enero de 1998-enero 1999, 127 niños inmigrantes. A todos los niños se les aplicó el protocolo (tabla 1) según zonas de procedencia.

TABLA 1.

Historia clínica, exploración física completa (ginecológica para las mujeres), examen de salud mental, vacunaciones posibles
Hemograma completo
Hierro y hemoglobinas
Glucosa, creatinina, proteínas totales, albúmina y pruebas hepáticas
Sedimento urinario
Radiografía de tórax, PPD
Lúes: RPR; RPHA; FTA-ABS
Toxoplasma: Ac toxoplasma IgA e IgM
Paludismo: Ac y gota gruesa
VIH (VIH-1/VIH-2): ELA si Western Blot (+)
Detección de anticuerpos específicos: Ac Rubéola IgG; Ac CMV IgG; Ac sarampión IgG; Ac polio + DTP + Hib
Determinación en heces (dos muestras): oxiuros (test de Graham). Fresco para huevos y parásitos
Serología a hepatitis víricas: hepatitis A anti-HAV IgM, anti-HAV IgG. Hepatitis B HbsAg, AntiHBs, AntiHBe, AntiHBc, Hbv
DNA Hepatitis C anti-HVC, HVC-RNA. Hepatitis E

De los 127 niños estudiados son: 26 chinos (21%), 12 mexicanos (10%), 10 guatemaltecos (8%), 14 colombianos (11%), 38 saharauis (30%), 10 kosovares (8%), 7 rumanos (6%), 2 ucranianos (2%), 5 rusos (4%), 2 ecuatorianos (2%) y 1 de Sierra Leona (0,8%).

Resultados: Los hallazgos fueron los siguientes. Paludismo: 7 (5,5%). Hipotiroidismo: 15 (11,8%). Contactos TBC: 76 (59,8%). Retinoblastoma: 1 (0,7%). Hepatitis B: 19 (14,9%). Sífilis: 1 (0,7%). Tumoración mediastínica: 1 (0,7%). HIV: 6 (4,7%). Pica: 16 (12,5%). Enfermedad celíaca: 9 (7,08%). Retraso ponderoestructural: 72 (56,6%). Parásitos varios: 94 (74%) (8 hidatidiosis, 3 teniasis, 83 filariasis, larbias, oxiuros, tricocefalos, etc.).

Discusión: La importancia del Programa del Niño Inmigrante es fundamental para la detección tratamiento del niño, ya que su integración en la sociedad que le acoge debe ser en las mismas condiciones sanitarias. El conocimiento de las enfermedades endémicas de cada una de las zonas de procedencia es fundamental, por lo que la colaboración multidisciplinaria Pediatría Social-Medicina Preventiva hará más óptimos los resultados.

ADAPTACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO DIABÉTICO

G. María José Giner

Consulta de Educación Diabetológica Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. Canarias.

Introducción: Los niños-niñas afectados de diabetes pueden tener problemas de adaptación en su vuelta al medio escolar, tras su inicio. La intervención de los profesores es primordial a la hora de asumir tanto por parte del niño o niña como de sus compañeros su reincorporación al colegio.

Con objeto de conocer a qué niños tienen verdaderos problemas o dificultades de relación en su medio escolar; así como

identificar las posibles causas que lo producen y, por último, tomar las medidas de actuación necesarias para solucionarlos; se realiza este estudio.

Objetivos: 1. Detectar el número de niños o niñas que asisten a la consulta de educación diabetológica, con problemas de adaptación, después de su inicio, al reincorporarse a su medio escolar. 2. Identificar las causas que lo producen. 3. Tomar las medidas de actuación necesarias que permitan la adaptación del niño o niña diabético en su entorno escolar.

Material y métodos: Se realiza un estudio en 38 niños controlados en la consulta de Educación Diabetológica Pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, elegidos de forma aleatoria, 19 son niñas y 19 niños, con edades comprendidas entre los 8 y los 14 años.

Se realizó una encuesta a los 15 días de reincorporarse el niño o niña al colegio.

El cuestionario constaba de once preguntas que el niño o niña contestaba en el transcurso de un entrevista personal con la educadora. Si no encuentra la respuesta adecuada entre las opciones que hay, tiene un apartado donde puede expresar su opinión.

Conclusiones: 1. El mayor número de problemas de adaptación se observan en niños-niñas entre 10 y 13 años. 2. Señalamos la importancia de establecer contactos entre la Consulta de Educación Diabetológica y el Centro escolar. 3. Conveniencia de impartir educación diabetológica a sus compañeros de clase y a los profesores. 4. Necesidad de que el niño o niña asuma lo antes posible el control de su diabetes, pues facilita la adaptación de su nuevo rd.

ESTUDIO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS ECUATORIANOS DE LA POBLACIÓN RURAL

E. García Paredes, M. Urkiza Arana y M.J. Lozano de la Torre
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Se presenta un estudio de nutrición realizado durante el mes de junio de 1999 en la provincia de Los Ríos, Ecuador. Se trata de una zona rural, pobre, cuya economía depende fundamentalmente de la agricultura, organizada según el sistema del latifundio. La población formada por familias numerosas con una media de 8 hijos por familia se agrupa de modo muy disperso en pequeños grupos, denominados recintos que se organizan en torno a un pequeño núcleo central como puede ser la escuela o la capilla. De este modo a lo largo de un mes de estancia, se visitaron los recintos pertenecientes a dos centros rurales (allí denominados cantones) y se tomaron datos antropométricos y cualitativos de la exploración para valorar el estado nutricional de la población infantil de la zona. Asimismo, se valoraron las posibilidades de una mejor nutrición dependientes de una mejoría en la educación, puesto que se trata de una tierra fértil de la que en teoría puede extraerse materia prima suficiente para una adecuada alimentación, la cual a su vez disminuiría notablemente la prevalencia de la enfermedad infantil más frecuente en la zona, lo cual es muy importante dada la dificultad encontrada para recibir asistencia médica.

Material y métodos: Se examinaron un total de 871 niños a los que se midieron los siguientes parámetros: peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial además de anotar su edad y sexo. Con ello además se ha calculado el índice de masa corporal y la relación perímetro braquial/perímetro cefálico. Durante la exploración física se anotaron datos referentes a la coloración

ción de piel y mucosas el aspecto de los anejos cutáneos, la distensión abdominal y la higiene bucodental. Por último, se realizaron entrevistas nutricionales para completar el estudio.

Resultados: Comparando los datos recogidos con las tablas antropométricas disponibles actualmente en nuestro país se comprueba un deficiente estado nutricional destacando el bajo índice de masa corporal encontrado. Asimismo, el déficit de nutrientes en la dieta, basada fundamentalmente en la ingesta de hidratos de carbono, queda reflejada en la exploración física en la que se objetiva la presencia mayoritaria de signos compatibles con malnutrición.

Conclusiones: 1. Consideramos que una alimentación pobre cualitativamente aunque no cuantitativamente, se pone de manifiesto en el desarrollo físico y psíquico de la población. 2. El déficit nutricional lleva consigo la prevalencia de mucha patología infantil que podría ser evitada con una alimentación y una higiene adecuadas. 3. El déficit en la alimentación no es un problema tanto económico como educacional, ya que se trata de zonas con tierra fértil y con abundante materia prima sin aprovechar. 4. Los escasos recursos económicos y sanitarios hacen que la prevención sea el arma fundamental para preservar la salud de los países subdesarrollados.

ESTUDIO LONGITUDINAL DEL DESARROLLO EVOLUTIVO DE NIÑOS CON MIELOMENINGOCELE DE 0 A 2 AÑOS

M.D. Lanzarote Fernández, M. Gómez de Terres Guardiola, A. Pérez Sánchez, B. Barrionuevo Gallo e I. Gómez de Terres
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Son numerosas las investigaciones que plantean la evolución clínica de las personas con mielomeningocele, pero existe una carencia de trabajos que tengan como objetivos conocer el desarrollo psicoevolutivo de estos niños desde su nacimiento y el estudio de variables que influyen sobre éste. Es por ello que en la unidad de espina bífida de este hospital, nos planteamos el seguimiento de estos niños de una forma interdisciplinaria, y fruto de ello es este trabajo cuyo objetivo es la evaluación psicoevolutiva periódica de los niños menores de 2 años con espina bífida.

Material y métodos: Actualmente son 19 los niños evaluados, al menos en dos ocasiones, en el período de edad comprendido entre 0 y 2 años (8 niños y 11 niñas), utilizándose la escala observacional del desarrollo (Secadas, 1992). Es un cuestionario con el que los adultos en contacto directo con el niño valoran, mediante la observación sistemática, diferentes comportamientos. Sus respuestas facilitan el diagnóstico cualitativo y cuantitativo, así como la posterior intervención. La escala evalúa en esta etapa los siguientes rasgos evolutivos: afectividad, desarrollo somático, despertar sensorial, reacción motriz, coordinación sensoriomotriz y contacto-comunicación.

Resultados: Del conjunto de la muestra, el 94,73 % han presentado al menos en una ocasión retraso madurativo en un área, siendo el rasgo de desarrollo somático donde se observa este retraso con más frecuencia (18 de los 19 niños evaluados). Por el contrario, son las áreas de comunicación, coordinación y afectividad en las que se ha presentado retraso con menor frecuencia (3, 5 y 6 de estos niños, respectivamente).

En un solo niño no se presenta en ninguna de las evaluaciones retraso madurativo, 3 niños lo presentaron en un rasgo siendo en desarrollo somático. Cinco niños presentaron retraso en

dos áreas siendo común el déficit en desarrollo somático, y tres de ellos en reacción motriz.

Conclusiones: Durante esta etapa del desarrollo se observa una gran variabilidad entre las distintas áreas de desarrollo evolutivo entre los distintos sujetos, lo que hace necesario un seguimiento individualizado y coordinado con el resto del equipo, viéndose la conveniencia de derivar a atención temprana.

ESTUDIO DESCRIPTIVO PROGRAMA SALUD INFANTIL (PSI) DURANTE UN AÑO - CENTRO DE SALUD DE TORREMOLINOS

L. Vázquez Martín

Centro de Salud de Torremolinos. Málaga.

Introducción: El seguimiento de la salud infantil mediante controles periódicos de salud es una de las actividades más importantes de la atención primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Los datos se han recogido de la hoja de citas del PSI de la cual se obtienen los indicadores anuales de dicho programa a nivel de distrito sanitario. La revisión se ha realizado desde mayo de 1998 hasta mayo de 1999, ambos inclusive.

Resultados: Total recién nacidos de este período, 423. Total de visitas realizadas, 1.625, se excluyen las realizadas por personal de enfermería (10 meses, 2 y 4 años). Captación recién nacidos, 286 (67,6 %). Seguimiento primer año vida (al menos 3 visitas en el primer año de vida), 256 (89,5 %). No asistieron a la cita, 119 (7,32 %). Vacunaciones total p.o. recibidas, 478, 10 más que recién nacidos. De estos niños no han recibido ninguna dosis de vacuna, 90 (19,2 %). Mal vacunados, 8,7 %. Bien vacunados, 70,5 %. De los niños correctamente vacunados, 86 % acuden a PSI. De los niños que acuden a PSI el 100 % está correctamente vacunado.

Conclusiones: 1. Baja captación inicial debido a las características de la zona básica que por ser zona turística tiene un alto nivel de trabajo eventual ya que la captación se eleva considerablemente si realizamos el porcentaje respecto a los niños que están vacunados en el centro. 2. Nivel de seguimiento elevado lo que hace pensar en la elevada satisfacción del usuario respecto al programa. 3. Es equiparable el número de niños que no realiza seguimiento adecuado del programa con el número de niños mal vacunados.

ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA Y TRATAMIENTO CON DESMOPRESINA

L. Ramos Macías, B. Valenciano Fuente, M.E. Angulo Moreno, F. Calvo Fernández, M.T. Angulo Moreno y J. Calvo Rosales
Hospital Universitario Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La enuresis constituye un problema médico-social importante, afectando a un considerable porcentaje de la población infantil de nuestro país. En general, tiene carácter de benignidad y una tasa de curación espontánea; por otro lado, provoca alteraciones psicológicas secundarias y problemas de adaptación social que justifican su tratamiento.

Objetivos: Valorar la respuesta al tratamiento con desmopresina en un grupo de pacientes afectados de enuresis nocturna (EN).

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 19 niños menores de 14 años y afectados de EN, a los que se trató con 40 µg de desmopresina intranasal en dosis única nocturna.

A todos ellos se les realizó previamente orina estándar y sedimento, urocultivo, cálculo de la capacidad vesical y ecografía abdominal.

Resultados: De los 19 pacientes, el 78,9 % (15) eran varones; la edad media fue de 9,5 años (límites, 6-13 años). El 68,4 % (13 pacientes) presentaban familiares de primer grado enuréticos. La enuresis era primaria en un 94,7 % (18 pacientes), el 84,2 % (16) referían más de 15 noches húmedas al mes.

El 100 % (19 pacientes) constataron capacidad vesical normal para la edad, urocultivo y orina con sedimento normales; el 10,5 % (2 pacientes) de las ecografías fueron patológicas.

La duración del tratamiento con desmopresina fue de 3 meses en el 73,6 % (14 pacientes), menos de 3 meses en 21 % (4 pacientes) y 6 meses en el 5,2 % (1 paciente).

Se consiguió disminuir el número de noches húmedas en más del 90 % en 57 % (11 pacientes), entre el 50 y el 90 % en el 21 % (4 pacientes), y no se consiguió ningún resultado en el 21 % (4 pacientes).

Tras supresión del tratamiento, el 52 % (10 casos) se mantienen secos y el 47 % (9 casos) persisten con EN.

Ningún paciente presentó complicaciones en relación a la administración del fármaco.

Conclusiones: 1. Más de la mitad de los pacientes se mantiene secos durante el tratamiento. 2. Más de la mitad de los pacientes se mantiene secos tras supresión del tratamiento. 3. Buena tolerancia y ningún efecto secundario atribuible a la desmopresina.

EL NIÑO ENFERMO Y LA CONSULTA A PSIQUIATRÍA

M.J. Carbonero Galis, J. Parrilla Parrilla y C. García Castrillón

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: La demanda de consulta a un servicio de psiquiatría infantil y familiar de un hospital infantil, nos puede orientar: 1. Prevalencia de problemas de índole psíquico motivo de consulta en nuestro medio. 2. Sensibilidad profesional/familiar con relación a los problemas no somáticos y/o en dar respuesta integral en los aspectos físico, psíquico y social, que engloba el concepto de salud.

Material y métodos: 222 historias clínicas de la consulta a psiquiatría son analizadas del período 1 de enero al 30 de junio de 1999. Sexo, edad, origen de la demanda, y motivo de consulta fueron las variables recogidas.

Resultados: El rango de edad para los 222 niños fue de 3 meses a 14 años, siendo distribuidos en 5 grupos, correspondientes a las etapas evolutivas del niño (etapa preescolar [0-3 años], escolar [3-6 años], fase de latencia [7-9 años], fase prepuberal [10-11 años] y puberal [12-14 años]). Globalmente hubo predominio de varones (59 %), y los grupos de edad de 4-6 años y de 7-9 años supusieron el 56 % de las consultas. El 34 % de las consultas fueron realizadas desde fuera del hospital, en su mayoría (95 %) desde centros de salud o ambulatorios. La unidad de neurología fue la que más consultas realizó (56 %), seguida con un 14 % de la unidad de gastroenterología. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los trastornos de conducta (29 %) seguidos por los trastornos de la eliminación (12 %) y del dolor abdominal (10 %).

Comentarios: 1. Resaltar la importancia de realizar una buena historia clínica, que evite la realización de innecesarios, caros y a veces no inocuos exploraciones complementarias. 2. Llamar la atención sobre las escasas consultas realizadas desde unida-

des como hematología y oncología, enfermedades crónicas (espinas bífidas, fenoctenuria, fibrosis quística), o cardiología, que disponen de psicólogos de apoyo, financiados por distintas asociaciones y convenios. 3. La actual prevalencia de enfermedades crónicas o de índole psicosocial junto con la mayor sensibilidad familiar/profesional en estos problemas, contrasta con la actual planificación sanitaria muy escasa de profesionales y con deficientes servicios de salud mental infantil ambulatorios.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LEUCEMIA AGUDA: ¿CÓMO LO VIVEN LOS NIÑOS?

B. Nuñez de la Torre, N. Sánchez Fernández, D. Lanzarote Fernández, J.M. Pérez Hurtado e I. Gómez de Terreros

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Conocer cómo los niños sienten el momento del diagnóstico de su enfermedad y su hospitalización, cómo aceptan los distintos tratamientos y cómo influye en sus relaciones familiares y de amistad.

Material y métodos: Se realizó una encuesta de once preguntas multirrespuesta a 30 niños elegidos de forma aleatoria, diagnosticados de leucemia aguda en nuestro hospital y que se encuentran en distintos momentos de su enfermedad.

Resultados: 1. La mayoría de los niños, aunque recuerdan como un momento triste el diagnóstico, describen como "contento" su estado de ánimo durante su estancia en el hospital. 2. El procedimiento de peor recuerdo para los niños son las punciones seriadas de médula ósea, seguidas por las punciones lumbares y las etapas de aislamiento; sin embargo, es muy bajo el porcentaje de los que recuerdan como malos los días de tratamiento quimioterápico. 3. En todos los casos excepto en uno, los amigos de los niños conocen su enfermedad, habiendo sido informados casi en la misma proporción por el mismo paciente, sus padres y los profesores. 4. En la mayoría de los casos la relación con sus hermanos y amigos no ha variado con su enfermedad, aunque un alto porcentaje reconoce que los tratan mejor que antes.

Conclusiones: 1. El ambiente en nuestro hospital para estos niños es agradable, sin embargo las punciones de médula ósea sin sedación son quizá demasiado traumáticas para ellos. 2. A pesar de las largas etapas de hospitalización los niños no tienen sensación de haber perdido la relación con sus amigos ni con su familia.

ESTUDIO TRANSVERSAL DEL DESARROLLO EVOLUTIVO DE NIÑOS CON MIELOMENINGOCELE DESDE EL PRIMER AÑO HASTA LA PREADOLESCENCIA

I. Gómez Terreros, M. Gómez de Terreros, M. D. Lanzarote Fernández, B. Barrionuevo Gallo

y A. Pérez Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: En este trabajo el objetivo es la evaluación del desarrollo psicoevolutivo de los niños con espina bífida, a través de los resultados obtenidos con grupos de la misma edad, siguiendo la línea de una metodología transversal.

Material y métodos: Con este objetivo evaluamos a los niños atendidos dentro de la unidad de espina bífida mediante la Escala Observacional del Desarrollo (Secadas, 1992). En este estudio se analizan las evaluaciones de 103 niños de edades comprendidas entre 1 y 13 años que han completado al menos en

una ocasión esta escala, con un máximo de evaluaciones por niño de cuatro. Con dicha escala evalúan los siguientes rasgos evolutivos: afectividad, desarrollo somático, despertar sensorial, reacción motriz, coordinación sensoriomotriz, contacto-comunicación, conceptualización, normas, ética y reflexión.

Resultados: Se observa retraso en el área de desarrollo somático en 14 de las 15 edades consideradas, siendo únicamente a la edad de 11 años donde se encuentra una puntuación en el límite. En conductas de coordinación sensoriomotriz en un tercio de las edades la puntuación media obtenida se encuentra dentro de la zona de retraso. Por el contrario, cabe señalar que en áreas relacionadas con la movilidad donde se ha encontrado una mayor variabilidad, como motricidad, reacción motriz y coordinación.

También se observa variabilidad, de forma importante, en las puntuaciones en el área de norma, donde un tercio de las edades presentan una puntuación por debajo de la media.

La única área que no presenta retraso en ninguna edad es contacto y comunicación, y estas puntuaciones son más estables en relación con otras áreas.

Por último debe señalarse que hasta los 15 meses es el área de desarrollo somático la única que presenta puntuaciones medias que indican retraso, apareciendo posteriormente en áreas relacionadas con la movilidad, como despertar sensorial y reacción motriz.

Conclusiones: No encontramos homogeneidad en el desarrollo de los niños con espina bífida, existiendo una gran fluctuación en las puntuaciones medias en función de las edades y de las áreas de desarrollo, a excepción de desarrollo somático.

CONTAMINACIÓN ACÚSTICA Y SALUD INFANTIL

M.A. Diego Núñez y M.ªB. Béjar Trancón

Centro de Salud "Pintor Oliva" Palencia.

Introducción: Los efectos perjudiciales del ruido sobre la salud son muy importantes y revisten especial gravedad para determinados grupos vulnerables, entre ellos la infancia, más aún si se trata de niños durante el período de adquisición del lenguaje o afectados de determinadas enfermedades. Para ellos, deben establecerse especiales valores de protección frente a las recomendaciones de la OMS.

Material y métodos: Se revisan los últimos trabajos realizados en esta materia, prestando especial atención a las recomendaciones consensuadas por la W.H.O. Task Force Meeting en Düsseldorf, Alemania (1992) y el documento Community Noise (1995) preparado para la OMS por miembros del Institute of Environmental Medicine del Karolinska Institute (Universidad de Estocolmo).

Resultados y conclusiones: Los efectos del ruido sobre la salud son numerosos, desde los propiamente auditivos (hipoacusia, sordera), hasta los psicológicos y el estrés. Pasando por la perturbación del sueño y la interferencia en la comunicación. Tales efectos nocivos son particularmente importantes cuando afectan a los períodos de descanso (sueño), al ambiente escolar o la vivienda familiar, sobre todo si la intensidad del ruido es elevada y el tiempo de exposición prolongado, pudiendo ocasionar graves perjuicios a la infancia, que, por sus condiciones de inmadurez y desarrollo (junto con el padecimiento de eventuales enfermedades) constituye un grupo especialmente vulnerable a la contaminación acústica.

En el medio hospitalario (en particular las unidades de cuidados intensivos neonatales) deben hacerse los esfuerzos necesarios para reducir los niveles de ruido a los recomendados por la OMS con el fin de evitar sus efectos adversos tanto a corto como a largo plazo.

CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD

M.D. Estévez González, E. Jiménez Capell y E. García Villanueva

C.C. Salud Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Antes de desarrollar un programa de salud dirigido a fomentar hábitos y conductas saludables para una sexualidad sana en un grupo de jóvenes estudiantes, nos propusimos, como primer objetivo, conocer su nivel de información y su valoración y actitud hacia la sexualidad.

Material y métodos: Se realizó una encuesta anónima y voluntaria a 259 jóvenes mayores de 14 años, varones en un 55 % y estudiantes de enseñanza secundaria, en dos institutos de Tede. La muestra es representativa de los jóvenes estudiantes de la Zona Básica de Salud, con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de precisión del 3 %. Se utilizó un cuestionario abierto.

Resultados: Aproximadamente el 50 % enfoca la sexualidad bajo el aspecto puramente reproductivo o bajo el aspecto de placer físico. Sin embargo, el 44 % de los jóvenes relacionan además la sexualidad con aspectos afectivos, de respeto y de penetración con el otro. Un 54,8 % saben que las ETS se evitan con el uso de preservativos, pero asocian ETS exclusivamente con SIDA. Hay un gran porcentaje (57,4 %) de alumnos que no saben discriminar las medidas preventivas para evitar un embarazo y las medidas para evitar el contagio de ETS. Tienen la idea de que los anticonceptivos en general evitan ambas cosas. Saben especificar perfectamente los diversos métodos anticonceptivos, siendo el preservativo el método más conocido. Aproximadamente el 80 % conocen tres o más métodos anticonceptivos. El 20 % de los alumnos declara que no saben a quién dirigirse para hacer consultas sobre sexualidad. El resto de los jóvenes saben que pueden recibir ayuda del personal sanitario, fundamentalmente del farmacéutico y del ginecólogo, siendo muy nombrado por ellos el sexólogo (¿). El 11 % conocen los centros de planificación familiar y sólo el 2,2 % se refieren a centros de atención al joven.

Conclusión: El conjunto de alumnos estudiado carece, en su mayoría, de una correcta y clara información tanto de métodos anticonceptivos como de la forma de evitar las ETS, confundiendo ambos conceptos. Una buena información es básica para poder conseguir entre los jóvenes, cambios de actitudes y hábitos de vida saludables.

PATÓGENOS INTESTINALES EN NUESTRO MEDIO: IMPLICACIONES SOCIALES

M.T. Angulo Moreno, M. Rodríguez Linares, A. Santana Ramírez, F. Artilles Campelo, R. Elquaz Romano, M. Santana Hernández, J.C. Ramos Varela y L. Peña Quintana

Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Unidad de Infecciosas. Hospital Universitario Materno Infantil. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: De los coprocultivos solicitados a niños de nuestro hospital en los últimos 7 años, conocer la positividad, los patógenos más frecuentes y la influencia estacional.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los resultados microbiológicos de 9.873 muestras de heces en el período 1992-1998. Las bacterias se investigaron por técnicas de cultivo convencionales. La detección de virus se realizó en menores de 3 años, los rotavirus por aglutinación de partículas de látex, adenovirus y astrovirus (después de Oct. 1997) por ELISA.

Resultados: Se encontró positividad en 2.316 coprocultivos (23%), aumentando progresivamente de forma anual desde el 19,9% en 1992 al 31,1% en 1998. El germen más frecuente en todos los años estudiados fue *Salmonella* (40-67%), seguida de *Rotavirus* (20,5%), *Adenovirus* (16%), *Campylobacter* (12,5%), *Astrovirus* (11%), *Yersinia* (8,5%), *Aeromonas* (7%) y *Shigella* (3,2%). Los gérmenes aislados con menor frecuencia fueron: *Vibrio cholerae* (1), *Escherichia coli* enterohemorrágico (1) y *Clostridium difficile* (1).

Salmonella se presentó con mayor incidencia en los meses de abril a diciembre y *Rotavirus* de enero a marzo. Se observó un pico de mayor incidencia para *Rotavirus*, *Campylobacter* y *Shigella* en enero; *Salmonella* en julio; *Aeromonas* y *Yersinia* en agosto; *adenovirus* y *astrovirus* en noviembre.

Conclusiones: 1. *Salmonella* representa el principal enteropatógeno, lo que implica un importante problema de salud pública. 2. Los rotavirus cobran un importante papel en los meses de nuestro invierno (enero-marzo).

CARACTERÍSTICAS SOCIOAMBIENTALES Y SANITARIAS DE FAMILIAS CON UN HIJO DIABÉTICO

A. López Andrades, M. Gayán Guardiola, A. Delgado Rodríguez, A.V. Jiménez Girón, I. Gómez de Terres y A. Gómez Gila

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Es admitido por la diabetes al igual que otras enfermedades crónicas, afecta a la identidad personal y a la autoestima del niño, así como a la evolución de la familia. Ante ello, se ha considerado la importancia de estudiar, de forma objetiva, las características socioambientales de las familias con algún hijo diabético, su relación con los controles y tiempo de evolución y por último, las demandas que estas familias nos pueden hacer sobre los recursos psicopsicosociales que precisan.

Material y métodos: Nos planteamos una investigación de tipo empírica, que se fundamenta en la observación de los hechos, en entrevistas y en la aplicación de la Escala de Moos de Clima Social en Familia. Se ha utilizado una muestra que sería las familias con hijos diabéticos derivadas por la Consulta de endocrino durante el período de mayo a junio de 1999.

Resultados: Se han visto a 49 familias, realizándose 99 cuestionarios, de los cuales 23 han contestado los padres, 41 las madres y 34 los hijos diabéticos.

De los diabéticos estudiados, el 63,2% tenían un control metabólico deficiente, mientras que el 36,8% lo tenían aceptable. La media de evolución de la enfermedad en los niños con controles deficientes es de 6,9 años, mientras que en los que tienen un control aceptable es de 4,7 años.

En cuanto a las características socioambientales, destacar los tres niveles estudiados: relaciones, desarrollo y estabilidad, de los cuales se observan que en los niños con control deficiente de diabetes suelen presentar niveles distintos de cohe-

sión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, organización y control con respecto a los que tienen un control aceptable.

Las principales demandas de las familias se han relacionado con las restricciones para conseguir el material fungible que precisan estos pacientes, y la carencia de una asociación sevillana que represente este colectivo.

Conclusiones: 1. Papel predominante de la madre como principal cuidadora de las enfermedades crónicas. 2. Sobreprotección de los niños ligados a un mal control. 3. Necesidad de un mayor abordaje interdisciplinario en el inicio y a lo largo de la enfermedad.

BAJA PREVALENCIA EN LA INFANCIA DE LA HEPATITIS A EN NUESTRO MEDIO: IMPORTANCIA DEL AUMENTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

M. Santana Hernández, I. Aguiar Santana, E. Santana Rodríguez, J.C. Ramos Varela, M.T. Angulo Moreno y L. Peña Quintana

Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Materno-Infantil. Servicio de Genética Universidad de Liverpool. Service Microbiology. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Conocer la relación entre el nivel socioeconómico y hábitos de vida en relación con la prevalencia de hepatitis A.

Pacientes y métodos: Se estudian 196 niños seleccionados al azar y se realiza serología IgG-antiVHA y Ig-anti-*Helicobacter pylori* por técnica ELISA en un período comprendido entre 1995-1998. Los síntomas, hábitos de vida y nivel socioeconómico se analizan por un cuestionario estructurado. El análisis estadístico se hace mediante tablas de frecuencia y para analizar la asociación entre factores de riesgo se constituyen tablas de contingencia y se estiman los riesgos relativos, chi cuadrado o test exacto de Fisher de dos colas.

Resultados: La población en nuestra serie fue de 196 niños con edad media de 7,77 años \pm 3,51 (1-15 años) de los que 131 fueron varones y 67 mujeres. Se encontró una prevalencia del 4,1% que aumenta con la edad ($p < 0,03$) y sin diferencia en cuanto al sexo. Asimismo existe asociación significativa con el nivel socioeconómico bajo ($p = 0,05$).

Conclusiones: 1. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis A en la población infantil de nuestro medio ha disminuido, siendo ésta del 4,1%. 2. Encontramos una asociación entre la infección por VHA y *H. pylori* que nos orienta a una posible vía de contagio común entre ambas infecciones. 3. La prevalencia es inversamente proporcional a la edad del niño, aumentando la edad media para la exposición. 4. Encontramos una asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la infección por virus de la Hepatitis A.

ACTITUD DE LOS PADRES FRENTE A LA EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL

R.E. Ramos Afonso, M.ªC. Azcárate Bang, C. Hernández Plasencia, F. Niño Rodríguez y A. Chaneta Areja

Centro de Salud Arona-Vilaflores. Cabo Blanco. Tenerife.

La formación y educación sexual que se ofrece a los jóvenes adolescentes corre el riesgo de no surtir el efecto deseado si se hace al margen de los padres.

Recogimos información sobre las actitudes de dos grupos de padres con hijos en edades comprendidas entre 4 y 19 años

fente a la educación afectivo sexual. Se pasó un cuestionario a un grupo y una entrevista personal al otro grupo de padres.

Se pasaron 40 cuestionarios a los padres con hijo/as de 4 a 14 años: 34 mujeres (87 %) 5 varones (13 %). El 84,6 % cree que la educación afectivo-sexual debe ser compartida entre la escuela y la familia, y el 15,4 % en la familia. El 89,7 % no ha participado en ninguna actividad de formación para padres. El 46 % reconoce que su preparación en estos temas es escasa; el 31 %, buena; el 15 %, suficiente y muy buena, el 8 %. El 97,4 % está de acuerdo con que sus hijos reciban educación afectivo-sexual; el 2,6 %, en desacuerdo. Se interesa por la educación sexual en la escuela el 87,2 % y no lo hace el 12,8 %. En cuanto a conocimientos de sexualidad: el 35 % por experiencia propia; el 16,4 % por amigos; el 12,3 % por sus madres; el 6,8 % del colegio; el 4,1 % por revistas y TV y el 2,7 % por sus padres. Los temas que más interesan de los expuestos, son la comunicación con sus

hijo/as en estos temas, seguido de embarazo, sida, abusos sexuales, menstruación, masturbación, otros.

Se entrevistaron a 70 padres con hijos/as de 15 a 19 años: 64 mujeres (91,4 %) y 6 hombres (8,6 %). El 97 % está conforme con que sus hijos reciban educación sexual; y debe ser en la escuela el 91 %. El 59 % no ha hablado de sexualidad con su hijo/a, pero sí lo ha hecho de métodos anticonceptivos. El 97 % conforme que exista un centro de información sexual en la zona.

Con ambos estudios se ha comprobado que los padres tienen una actitud muy positiva frente a la educación afectivo sexual pues es importante conocer el interés y apoyo de los padres para poder trabajar con sus hijos estos temas. Al mismo tiempo, dado que la comunicación con sus hijo/as no es todo lo que ellos desearían, hicimos unos talleres para padres y incluimos la educación afectivo-sexual en el programa del niño sano desde los 11 a 14 años.

Fe de errores

En el número extraordinario de la revista ANALES ESPAÑÓLES DE PEDIATRÍA dedicado al XXIX Congreso Nacional de Pediatría (An Esp Pediatr 2000; 52: Supl 4), por error, en el apartado "Cardiología" se omitió la comunicación que se publica a continuación.

RABDOMIOMAS CARDÍACOS EN BADAJOZ

I. Arias López*, A.E. Gordillo Higuero**, F. Campos Sampedor*, C. Iebrato Martínez* y J.J. Cardesa García*

*HMI Badajoz. **HIC Badajoz.

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes y aún más en el niño. Los rabdomiomas representan el tumor cardíaco primario más frecuente en la primera infancia, y pasan a ser menos frecuentes en los años sucesivos. Se suelen asociar en el 50 % con la esclerosis tuberosa de forma que el diagnóstico de uno de ambos procesos hace necesario descartar la presencia del otro. Los rabdomiomas suelen ser asintomáticos, aunque puede haber alteraciones hemodinámicas y/o del ritmo. Hay una alta tendencia con el crecimiento a la regresión. Debido a esto, en la actualidad se aconseja una actitud conservadora, en ausencia de repercusión hemodinámica; y se consideran suficientes controles ecográficos seriados.

Objetivos, material y métodos: Se ha revisado la historia clínica de los 6 pacientes diagnosticados de rabdomioma cardíaco en nuestro servicio desde 1985 a febrero del 2000.

Resultados y discusión: En nuestro estudio encontramos que el tiempo medio de seguimiento fue de 3,26 años (máximo, 15 años, y mínimo, 1 mes); la edad media al diagnóstico fue de 2,87 años (máximo, 10 años, y mínimo en la 35 semana de edad gestacional); desde la implantación de la ecocardiografía fetal en nuestro hospital todos los casos se han diagnosticado prenatalmente (2/6 casos); de los 4 casos con esclerosis tuberosa de los 6 totales, sólo 3 tenían antecedentes familiares de es-

clerosis tuberosa; el 50 % de los pacientes tenían afectación visceral, además de cardíaca; mientras el 66,6 % tenían cerebral, siendo frecuente el síndrome de West en estos últimos (2/4); en ningún caso se encontró regresión completa de los rabdomiomas, pero sí parcial en el 50 % de ellos; todos nuestros casos están asintomáticos clínicamente, aunque hemodinámicamente ha habido 1 caso con obstrucción intermitente leve del tracto de salida del ventrículo derecho; los trastornos del ritmo han sido asintomáticos encontrando 1/6 con bloqueo auriculoventricular intermitente, al igual que el síndrome de preexcitación y de conducción aberrante. Todos nuestros pacientes tienen rabdomiomas múltiples y su localización más frecuente es en el septo interventricular.

Discusión: El porcentaje de esclerosis tuberosa en nuestros pacientes es ligeramente superior a la encontrada en la bibliografía y probablemente sea debido a que el diagnóstico de esclerosis tuberosa, en el paciente o en sus familiares directos, es el motivo de consulta más frecuente de los rabdomiomas en nuestro hospital. Seguramente con la generalización de la ecografía prenatal, esta proporción se iguale a la de otras poblaciones; y quizás aumente la incidencia descrita de esta enfermedad en nuestro medio. Nos llama la atención que ninguno de los antecedentes familiares de nuestros pacientes con esclerosis tuberosa, hayan sido diagnosticados de rabdomiomas cardíacos; probablemente esto confirme la frecuente tendencia a la regresión de los rabdomiomas.

Conclusiones: Ante todo paciente diagnosticado de esclerosis tuberosa, hay que descartar que no haya un rabdomioma cardíaco, y a la inversa.

La frecuencia de los rabdomiomas respecto al resto de las CC de nuestro medio es del 0,12 %.

La importancia clínica está determinada por la localización del rabdomioma; y en general es poca.

El principal instrumento de diagnóstico es la ecografía; que además constituye el método de seguimiento.

Consideramos el diagnóstico prenatal por ecografía, muy fiable y útil en esta enfermedad; ya que los rabdomiomas están presentes desde antes de la 32 semana de edad gestacional y la historia natural les lleva a la regresión.