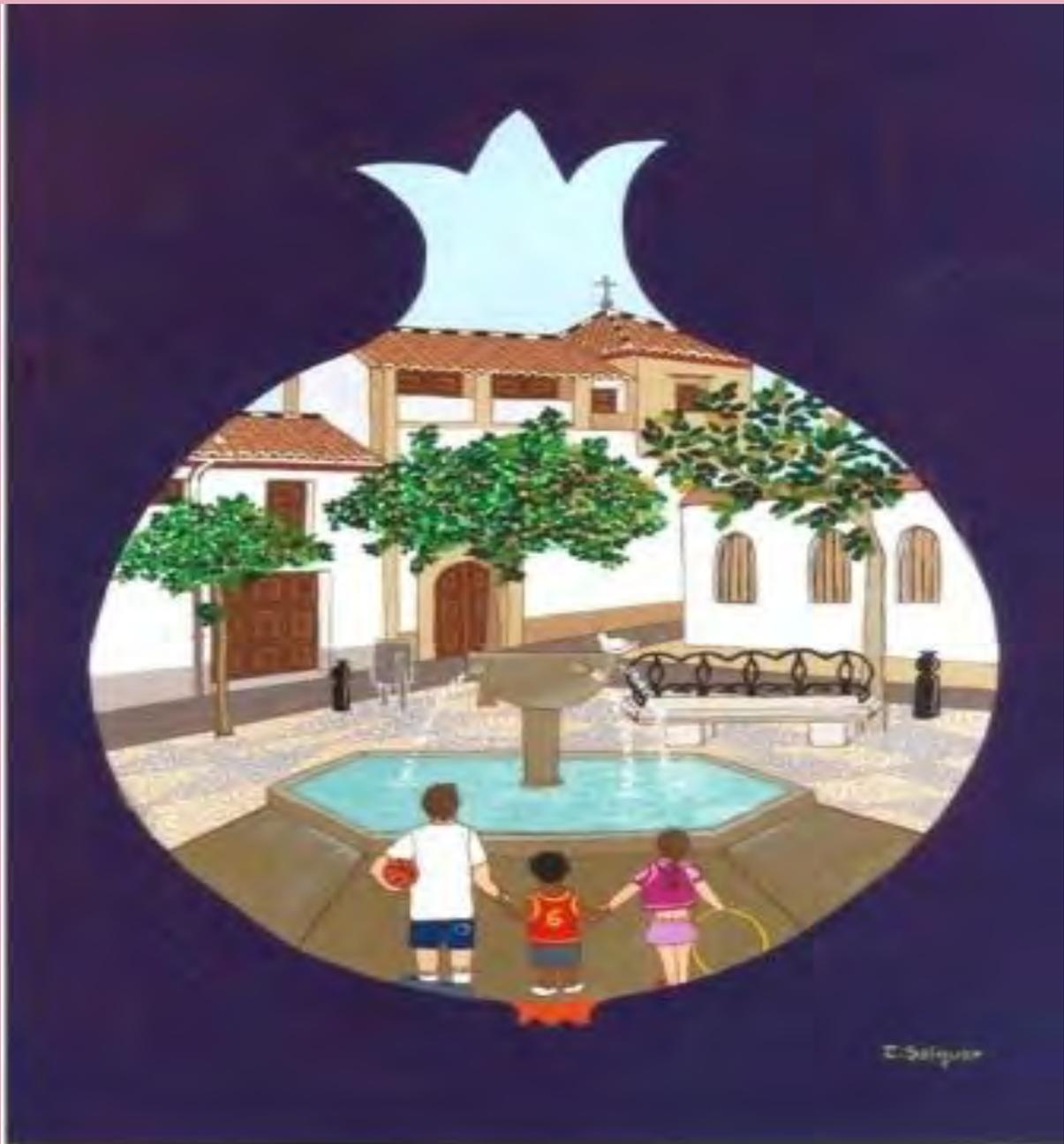


Boletín de la SPAO

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL



EDITORIAL. XX CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA SOCIAL. - A. MUÑOZ

PONENCIAS A MESAS REDONDAS Y RESUMENES DE COMUNICACIONES ORAL Y PÓSTER

LEGISLACIÓN. EL FINAL DE LA VIDA: CUESTIONES GENERALES. - F. MORENO

HUMANIDADES. DE MADRID A SAN PETERSBURGO Y DE SAN PETERSBURGO A MADRID - A. GÓMEZ



Boletín de la SPAO

(ISSN: 1988-3420) Órgano de expresión de la
Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental

Editores Jefe

Antonio Muñoz Hoyos
José Uberos Fernández

Editor Asociado

Antonio Molina Carballo

Director honorífico

Gabriel Galdó Muñoz

Consejo editorial

Gabriel Galdó Muñoz
Carlos Ruiz Cosano
María José Miras Baldo
Eduardo Narbona López
Carlos Roca Ruiz
Juan Manuel Fernández García
Emilio José García García
José María Gómez Vida
Francisco Giménez Sánchez
Francisco Javier Garrido Torrecillas
Antonio Muñoz Hoyos
Antonio Molina Carballo
Julio Ramos Lizana
José Miguel Ramón Salguero
Enrique Blanca
Antonio Jerez Calero
Pilar Azcón González de Aguilar
José Maldonado Lozano
Carlos Trillo Belizón
María del Mar Vázquez del Rey
Antonio Bonillo Perales
Adolfo Sánchez Marengo
Carlos Jiménez Álvarez
Ana Martínez-Canabate Burgos
Francisco Girón Caro
José Murcia García
Emilio del Moral Romero
María Angeles Vázquez López
Victor Bolívar Galiano
Ana María Gómez Vélez

Granada, España
Gran Vía de Colón 21-3º
contacto@spao.info

Normas de Publicación en
http://www.spao.info/Boletin/normas_publicacion.php

Publicación trimestral

CONTENIDOS

Boletín de la SPAO vol 5, 3, 2011

Editorial

XX Congreso Nacional de Pediatría Social. Problemas emergentes en pediatría social. *A. Muñoz. Presidente del Comité Organizador. Págs. 78.*

Programa del Congreso. *Págs. 79.*

Mesa redonda acogimiento y adopción

Nuestra experiencia en un Centro de acogida. *F.J. Garrido Torrecillas. C.S. Churriana de la Vega. Granada. Págs. 80-84.*

Long term outcomes of foster care. A.Hjern. Centre for Health Equity Studies (CHESS), Karolinska institutet, Stockholm, Sweden. *Págs. 85-89.*

Problemática de salud mental en menores acogidos a Centros. *Amaia Bravo, Ana M^aSainero, Jorge F. Del Valle. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Págs. 90-93.*

Mesa redonda obesidad, perspectiva social y comunitaria

Obesidad: Magnitud del problema y perspectivas a largo plazo. *J.M. Gómez Vida. Pediatra FEA. Hospital de Motril. Págs. 94-97.*

Mesa redonda problemática de la pediatría social. Opinión de los niños

La problemática de la Pediatría Social. *C. Ruiz Cosano. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Págs. 98-99.*

Mesa redonda problemas emergentes en pediatría social

Problemas emergentes de la Pediatría Social. X. Allué. Págs. 100-101.

Infecciones emergentes. *M. Rivera Cuello. Servicio de Pediatría. Hospital Carlos Haya. Págs. 102-106.*

Comunicaciones orales. *Págs. 107-115.*

Comunicaciones póster. *Págs. 116-136.*

Legislación

El final de la vida: Cuestiones generales. F. Moreno. UGC Pediatría, Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Págs. 137-146.

Humanidades

De Madrid a San Petersburgo y de San Petersburgo a Madrid. Ana M^a Gómez Vélez. Págs. 147-149.

Cubierta: La ilustración de la portada de este número hace referencia a una página miniada de un tratado de dietética en un "tacuinum sanitatis".
Biblioteca de la Universidad de Granada

XX Congreso Nacional de Pediatría Social. Problemas emergentes en pediatría social

*Antonio Muñoz Hoyos
Presidente del Comité Organizador*

Editorial

Será para nosotros un honor poder acoger en Granada los próximos días 6,7 y 8 de octubre de 2011 el Congreso Español de Pediatría Social, en el cual se van a tratar temas de indudable interés para el momento que atraviesa nuestra sociedad. Bajo el título de “**Problemas emergentes en Pediatría Social**” destacadas autoridades en las materias nos van a hablar entre otros temas de; acogimiento y adopción, obesidad, enfermedades raras, infecciones emergentes, trastornos de conducta en la adolescencia, humanización de la asistencia sanitaria, opinión de los niños sobre problemas actuales, etc.

La confección del Programa Científico se ha hecho en base a las ideas que los miembros de nuestra sociedad han propuesto de forma mayoritaria. A nuestro entender, creemos que el programa final goza no sólo de ser la expresión del colectivo interesado, sino además de una rabiosa actualidad e interés práctico. Consideraciones que han propiciado que la celebración de todas las actividades científicas que se vayan a desarrollar, se hagan en horarios distintos. Evitándose de esta manera las actividades simultáneas.

Como Presidente del Comité Organizador y en nombre de la Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría Social, estamos encantados de poder invitar a todos los interesados a participar de este importante evento pediátrico, en el que se pretende esencialmente; actualizar conocimientos, compartir experiencias, intercambiar opiniones, y en definitiva crecer como profesionales interesados en

mejorar todo lo que se relaciona con la salud del niño y adolescente.

Les esperamos en Granada

XX Congreso Nacional de Pediatría Social.

“Problemas emergentes en pediatría social”

Programa del Congreso

JUEVES 6 DE OCTUBRE

18.00–20.00 h. Entrega de documentación

VIERNES 7 DE OCTUBRE

8.30–9.30 h. Entrega de Documentación

9.30–10.30 h. Comunicaciones orales

Moderadores: J. M. Fernández y María Isabel Junco Torres.

10.30–12.00 h. MESA REDONDA: Acogimiento y adopción

Moderadora: Carmen Puyo Marín.

Anders Hjerns: “Acogimiento familiar: la experiencia de Suecia”.

Amaia Bravo Arteaga: “Problemática de salud mental en menores acogidos en centros”.

Javier Garrido Torrecillas: “Nuestra experiencia en un centro de acogida”.

12.00–12.30 h. Pausa/Café

12.30–13.30 h. CONFERENCIA INAUGURAL

Presentación: Gabriel Galdó Muñoz.

Manuel Cruz Hernández.

“Enseñanza de la Pediatría Social en el marco del nuevo espacio europeo de enseñanza superior”.

13.30–14.00 h. ACTO HOMENAJE “In memoriam”

Concepción Colomer y Joaquín Colomer.

Presentación: Oriol Valls Combelles.

14.00–16.00 h. Almuerzo de trabajo

16.30–18.00 h. MESA REDONDA: Obesidad: perspectiva social y comunitaria

Moderador: Carlos Redondo Figuero.

José Gómez Vida: “Magnitud del problema y consecuencias a largo plazo”.

Marcela González Gros: “Educación para la salud. Datos del proyecto HELENA”.

Manuel Castillo Garzón: “Papel del ejercicio físico en la salud y bienestar de niños y adolescentes”.

18.00–18.30 h. ACTO INAUGURAL

18.30–19.30 h. SESIÓN DE POSTERS

Moderadores: E. Prados Bueno y Bárbara Rubio Gribble.

Finalizado el acto se ofrecerá un cocktail de bienvenida en el Hospital Real.

SABADO 8 DE OCTUBRE

09.00–10.30 h. Comunicaciones orales

Moderadores: A. Molina Carballo y María del C. Vidal

10.30–12.00 h. MESA REDONDA: Humanización en Pediatría

Moderadora: Sagrario Mateu Sanchis

J. Aguayo Maldonado: “Humanización de la atención perinatal en Andalucía”

A. Caño Aguilar: “Proyecto de humanización perinatal en nuestro Hospital”

Ana Isabel F. Guerreiro: “Promoción de la salud en niños hospitalizados”.

12.00–12.30 h. Pausa/Café

12.30–13.30 h. PROBLEMAS DE LA PEDIATRÍA SOCIAL: Opinión de los niños

Moderador: Carlos Ruiz Cosano

Ponentes: Beatriz Calvo Martín, Irma Rubio, Fernando Mir Cortés y Carlos Ruiz Cuesta.

13.30–14.00 h. PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE PEDIATRÍA SOCIAL

Jose Antonio Díaz Huertas y Antonio Muñoz Hoyos

14.00–16.00 h. Almuerzo de trabajo

16.00–17.00 h. ASAMBLEAS DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA SOCIAL

17.00–18.30 h. MESA REDONDA: Problemas emergentes en Pediatría Social

Moderador: Xavier Allué Martínez.

M. Ribera Cuello: “Infecciones emergentes”.

A. González-Meneses: “Enfermedades raras”.

J. Cornellá i Canals: “Conductas predelinquentes y delincuencia en la adolescencia”.

M. Baca Cots: “Problemas éticos y legales en Vacunología”.

18.30–19.30 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

Presentación: María Concepción Brugera Moreno.

Conferenciante: José E. Campillo. Catedrático de Fisiología. Universidad de Badajoz.

Conferencia: “Aspectos Darwinianos de la obesidad infantil”

21.15 h. Cena de clausura

Nuestra experiencia en un Centro de acogida

Francisco Javier Garrido Terrecillas
Pediatra EBAP Churriana de la Vega (Granada)

Ponencias a mesas redondas

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Acogida Inmediata (CAI) están destinados a la primera acogida, diagnóstico y posterior derivación hacia distintas alternativas de los menores de edad en los que ha sido necesario adoptar medidas que implican la separación de su familia biológica, con objeto de garantizarles una protección adecuada. Para ello, la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, introduce en el Código Civil una serie de mecanismos que va a permitir a la Junta de Andalucía, como Entidad Pública responsable de la protección de menores en nuestra Comunidad, intervenir de forma estructurada ante aquellas situaciones de riesgo en las que puede verse implicada la infancia en Andalucía. En ellos los menores deben de permanecer el mínimo tiempo necesario hasta que se establezca la derivación adecuada de los mismos según cada situación.

El Centro Hogar Nuestra Señora del Pilar es un centro de protección de menores ubicado en el barrio del Albaycín de Granada. Hasta mayo de 2011 ha desarrollado de forma paralela un programa de acogida inmediata, mediante un CAI con 12 plazas para menores de 0 a 18 años, y un programa dedicado a la atención residencial básica, mediante 5 residenciales básicos ("casas" que además comparten espacios comunes) de 6 plazas cada uno. Hasta esa fecha se trataba del único CAI de Granada con la excepción de 2 plazas en otro centro y 2 centros que desarrollan programas para menores extranjeros no acompañados. Desde mayo de 2011 por decisión de la Delegación

provincial de Igualdad ya no dispone de CAI quedando compuesto por 6 residenciales básicos.

Es un centro de titularidad privada dirigido por la "Congregación de Hermanas Mercedarias de la Caridad", lo que le imprime un carácter especial en el desarrollo de sus funciones, y gestionado a través de un convenio con la Consejería.

En este centro hemos desarrollado las funciones de pediatra desde el año 2002, tanto en el CAI como en el residencial básico, en esta revisión nos centraremos principalmente en las actuaciones en el CAI.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Desde enero de 2006 hasta junio de 2011 el número de menores que han pasado por el CAI ha sido de 332, de los cuales ingresaron en dicho periodo 318 menores, los 14 restantes ya se encontraban ingresados al iniciar el periodo de seguimiento. En la tabla 1 se muestra el número de menores ingresados por año, se evidencia un descenso que se ajusta a un modelo de regresión lineal negativo. Este descenso se debe principalmente a la política de promoción de acogimientos familiares que se ha llevado a cabo en los últimos años.

No existen diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo de los menores (53,75% niños, 46,25% niñas). Con respecto a la edad al ingreso en el centro (tabla 2), destaca que más del 50% son menores de 4 años, el 25% menores de

un año, el 8,5% menores de un mes y menos del 4% tienen de 14 a 17 años. Sin embargo en los últimos años se ha producido una elevación de la edad media al ingreso, debido al descenso especialmente significativo en los menores de un año (2006: 21 menores de un año, 2010: 2 menores de un año)

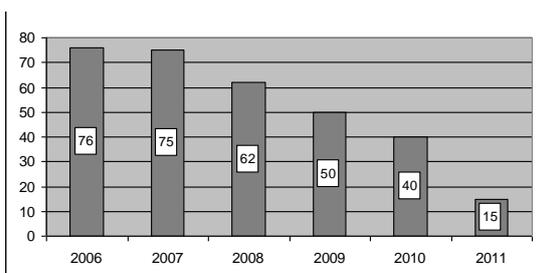


Figura 1. Evolución anual del número de menores ingresados

El tiempo promedio de estancia en el CAI fue de 80,23 días, aunque la variabilidad del mismo es muy amplia, con un mínimo de unas pocas horas y un máximo de 847 días. El 45% de los menores ingresados son derivados en menos de un mes y el 10% en menos de 48 horas. Sin embargo el 11,5% permanece en el CAI más de 6 meses y un 2,5% más de un año. En la tabla 3 se recogen la distribución de los tiempos de estancia.

Los motivos de baja o derivación de los menores que ingresan en el centro son: traslado a residencial básico (dentro del propio centro o a otro centro); reunificación o reinserción familiar; adopción-preadopción; acogimiento familiar (de urgencia, simple o permanente); acogimiento familia extensa; fuga o secuestro; y defunción. Destacando que más del 50% pasan a residenciales básicos, principalmente a los residenciales básicos del propio centro, permaneciendo aún más tiempo bajo la tutela de los servicios sociales a la espera de la resolución definitiva de su situación. La segunda causa más frecuente de baja del CAI es la reintegración o reinserción familiar. El tiempo de estancia promedio en el centro también está condicionado

por el motivo de baja, oscilando entre los 11 días en los casos fuga o secuestro y 158 días en la adopción-preadopción. En la tabla 4, se recogen los motivos de baja con sus porcentajes y tiempo de estancia promedio.

Tabla 1. Edad de los menores al ingreso en el Centro.

| | Menores | % | Frecuencia acumulada |
|------------|---------|---------|----------------------|
| < 1mes | 28 | 8,43% | 8,43% |
| 1-6 meses | 34 | 10,24% | 18,67% |
| 6-12 meses | 19 | 5,72% | 24,40% |
| 12-2 años | 26 | 7,83% | 32,23% |
| 2 años | 24 | 7,23% | 39,46% |
| 3 años | 23 | 6,93% | 46,39% |
| 4 años | 20 | 6,02% | 52,41% |
| 5 años | 21 | 6,33% | 58,73% |
| 6 años | 17 | 5,12% | 63,86% |
| 7 años | 13 | 3,92% | 67,77% |
| 8 años | 16 | 4,82% | 72,59% |
| 9 años | 16 | 4,82% | 77,41% |
| 10 años | 17 | 5,12% | 82,53% |
| 11 años | 27 | 8,13% | 90,66% |
| 12 años | 10 | 3,01% | 93,67% |
| 13 años | 8 | 2,41% | 96,08% |
| >14 años | 13 | 3,92% | 100,00% |
| | 332 | 100,00% | |

FUNCIONES DEL PEDIATRA DE CENTRO

El pediatra del centro asume las funciones (cartera de servicios) del pediatra de Atención Primaria para los menores del CAI y del residencial básico. Con un horario presencial, habitualmente, de 2 días semanales. Las principales funciones son:

- Realizar el protocolo e informe de ingreso.
- Atender a problemas de salud emergentes que presente los menores.

- Revisiones periódicas, programa de salud infantil, seguimiento de enfermedades crónicas (asma, bajo peso,...), programas de prevención y promoción de salud (obesidad, caries,...), intervenciones de cribado (defectos visuales,...)
- Derivación a otros especialistas cuando sea preciso.
- Asesoramiento en temas sanitarios.
- Elaborar informes médicos.
- Consulta telefónica.

Tabla 2. Tiempo de estancia en el Centro.

| | Menores | % | Frecuencia acumulada |
|-------------|---------|---------|----------------------|
| <48 horas | 33 | 10,28% | 10,28% |
| 2 días-1mes | 112 | 34,89% | 45,17% |
| 1-3 meses | 76 | 23,68% | 68,85% |
| 3-6 meses | 63 | 19,63% | 88,47% |
| 6-9 meses | 17 | 5,30% | 93,77% |
| 9-12 meses | 12 | 3,74% | 97,51% |
| >1 año | 8 | 2,49% | 100,00% |
| | 321 | 100,00% | |

PROTOCOLO MÉDICO DE ACTUACIÓN AL INGRESO

Todos los menores que ingresan en el centro son sometidos al siguiente protocolo adaptado a su edad:

- Apertura de historia clínica.
- Anamnesis e investigación de antecedentes personales y familiares. Calendario vacunal.
- Exploración sistemática.
- Analítica sistemática: hemograma, bioquímica ampliada, serologías (VIH, VHC, Sífilis, VHB, VHA).
- Mantoux (mayores de 6 meses)
- Analíticas específicas: la analítica general, si es necesario, se completa en

función de los datos encontrados en el menor.

- Pruebas complementarias y actuaciones específicas según los datos encontrados en la anamnesis y la exploración.
- Derivaciones a especialistas en los casos en que sean precisas.
- Dichas actuaciones quedan recogidas en el "Informe de ingreso" del que se remite copia a servicios sociales.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Existe una gran variabilidad en el seguimiento sanitario, que han tenido los menores previo a su ingreso en el CAI, desde menores con un seguimiento normalizado (asistencia habitual en centro de salud, inclusión en el programa de salud infantil, correcta vacunación,...) hasta los que no han tenido ningún contacto con los servicios sanitarios. Este hecho condiciona las diferencias que nos encontramos tras realizar la historia clínica inicial, desde situaciones de normalidad hasta multitud de problemas de salud, en muchos casos no diagnosticados previamente, que en ocasiones son muy importantes. Cabe destacar que muchos de los problemas encontrados se podían haber diagnosticado de forma precoz si el menor hubiera recibido una asistencia sanitaria mínima. Describiremos de forma escueta los principales problemas de salud detectados durante el seguimiento realizado desde el año 2003 hasta junio de 2011.

En el periodo de seguimiento referido hemos tenido dos defunciones, un síndrome de muerte súbita con 2 meses de vida y una sepsis meningocócica fulminante en un lactante de 11 meses.

La patología neurológica y la salud mental constituye uno de los problemas que con mayor frecuencia nos encontramos en los menores que ingresan en el CAI (condicionado por las propias

características psicosociales de los mismos: maltrato, negligencia, abuso,...). Son frecuentes los trastornos de la conducta y del comportamiento, trastornos psicossomáticos, agresividad, retrasos cognitivos, los retrasos psicomotores simples (en la mayoría de los casos por falta de estímulo), trastornos por déficit de atención e hiperactividad, etc.

Tabla 3. Motivos de derivación del CAI y estancia promedio.

| | Menores | % | Estancia promedio (días) |
|--|---------|---------|--------------------------|
| Traslado a residencial del propio centro | 107 | 33,33% | 88,92 |
| Traslado otro residencial básico | 60 | 18,69% | 63,54 |
| Reunificación o re inserción familiar | 87 | 27,10% | 57,85 |
| Adopción- preadopción | 25 | 7,79% | 158,48 |
| Acogimiento familiar | 23 | 7,17% | 76 |
| Acogimiento familia extensa | 10 | 3,12% | 127,7 |
| Fuga o secuestro | 7 | 2,18% | 10,86 |
| Defunción | 2 | 0,62% | 172 |
| | 321 | 100,00% | |

Son frecuentes los casos de menores discapacitados y pluripatológicos, desde casos leves con escasa afectación a discapacidades absolutas y retrasos profundos totalmente dependientes. En estas situaciones también se gestiona el reconocimiento del grado de minusvalía que habitualmente no tienen reconocido antes del ingreso en el centro.

Alteraciones somatométricas: La prevalencia de baja talla es superior a la población general (el 5,4% presenta talla <p3), diagnosticándose en un caso déficit de hormona de crecimiento. La prevalencia de obesidad (10,92%) y de sobrepeso sin obesidad (2,1%) es significativamente

menor que la de la población infantil andaluza. En el centro se lleva a cabo un programa específico de prevención de obesidad, centrado en la mejora de hábitos dietéticos y en la promoción de ejercicio físico.

Un grupo numeroso de los menores que ingresan presentan defectos de refracción, en la mayoría de los casos no diagnosticados previamente. También se han diagnosticado 3 casos de estrabismo.

Enfermedades infecciosas: la fiebre y las enfermedades infecciosas banales constituyen el motivo de consulta mas frecuente de los niños ingresados. Siendo frecuentes las "epidemias" dentro del propio centro (varicela, gripe,...)

La prevalencia de infección tuberculosa (mantoux positivo) de los menores que ingresan es del 1,44%. Ninguno presentaba enfermedad tuberculosa, realizándose en todos quimioprofilaxis con isoniazida.

No hemos tenido ningún caso de VIH en los últimos 8 años y se ha producido un importante descenso de hijos de madre VIH positiva, en los últimos 5 años sólo 4 casos todos con negativización de anticuerpos.

Patología respiratoria: junto con los problemas infecciosos destaca la presencia de asma e insuficiencia respiratoria especialmente problemático en algunos lactantes pequeños que han precisado oxigenoterapia.

Patología cardiaca: se han detectado varias cardiopatías congénitas no graves (CIV, CIA,..) y un caso de Miocardiopatía hipertrófica grave en un niño de 9 años que al ingreso presentaba clínica de disnea de esfuerzo y soplo.

Oncología: se han diagnosticado dos casos de tumores abdominales benignos

(ganglioneuroma abdominal y angioliomas abdominales)

Problemas urológicos menores: varios casos de hipospadias y criptorquidea en alguna ocasión en niños mayores de 10 años.

Los menores ingresados presentan alta prevalencia de caries (66,5%) y enfermedad periodontal, con muy malos hábitos de higiene bucodental. Se derivan al odontólogo los casos diagnosticados. Se instauró un programa de prevención basado en la mejora de la higiene bucodental (correcto cepillado) y profilaxis con colutorio de flúor semanal.

CONCLUSIONES

En el "Centro del Pilar" se atiende a los menores promoviendo el desarrollo integral de las diversas dimensiones como personas, combinando la calidad técnica y la calidez humana. Constituye un entorno convivencial y formativo en el que se garantizan unos recursos profesionales y materiales suficientes y adecuados y una sensibilidad que posibilita relaciones afectivas inspiradas en los estilos y características de una familia normalizada, impregnadas del ideario del centro.

Los menores que ingresan en el CAI requieren un abordaje de su diversidad desde una perspectiva integradora. La función del pediatra es parte de ese abordaje integral ocupándose de sus necesidades sanitarias, especialmente desde la perspectiva de la promoción y la prevención de salud, con el objetivo de mejorar su estado y educación sanitaria. Y esta es la labor que hemos intentado realizar durante estos años en el "Centro de protección de menores de el Pilar".

REFERENCIAS

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor: el acogimiento familiar simple y permanente.

Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y atención al menor.

Ley 21/1987, de 11 de noviembre, de modificación del código civil.

Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa.

Decreto 355/2003 de 16 de diciembre, del acogimiento residencial de menores. BOJA núm. 245 Fecha de publicación 22/12/2003.

Orden del 9 de noviembre de 2005, por la que se regula la cooperación entre la Consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores.

Consejería para la igualdad y bienestar social. Infancia y familias.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdad/bienestarsocial/igualdad/bienestarsocial/export/Infancia_Familia/HTML/index.html

Aspectos relativos a la salud de la infancia y de la adolescencia en España. Informe Salud Infancia Adolescencia Sociedad. SIAS 6. Sociedad de Pediatría Social

<http://www.pediatriasocial.com/Documentos/SIAS/sias6.pdf>

Long term outcomes of foster care: Lessons from Swedish national cohort studies

Anders Hjern, MD PhD¹ (with Bo Vinnerljung PhD²)

¹Centre for Health Equity Studies (CHESS), Karolinska institutet, Stockholm, Sweden.

²Institute for Evidence-based Social Work Practice, National Board of Health and Welfare.

Ponencias a mesas redondas

FOSTER CARE IN SWEDEN

In Sweden, three to four percent of all children are placed in foster family/residential care at least once before age 18 (Vinnerljung et al 2007). In the capital, Stockholm, one in ten receives some form of child welfare intervention (Sundell et al 2007). Half of all children who are placed in foster family care before age seven will remain in care for more than five years (Socialstyrelsen, non-published statistics). “Permanency planning”, including adoption without parental consent, does not exist in Swedish legislation. For children in need of long term substitute parenting, foster family care is the only option. The great majority of child welfare interventions/services before adolescence – and even more so long term out-of-home care - are caused by parental problems or parental behavior (Vinnerljung 1996a.). “Long term care” is in practice the same as foster family care since residential care for young children is usually a temporary affair (e.g. while waiting for a foster home placement). Local child welfare authorities are responsible for care until age of age majority (18).

Until very recently the policy for Swedish foster family care consisted of providing a new home with substitute parents only. The role of social workers was to monitor the home and to re-evaluate the possibility of a return to the

birth parents with regular intervals. Education and health medical care was supposed to be taken care of within the general educational and health care system.

HEALTH AND HEALTH CARE FOR FOSTER CHILDREN

This Swedish policy for foster care has been evaluated in a series of studies during recent years. In a very recent, and yet unpublished study, the health care provided for foster children was evaluated in the child and health care records, that follow Swedish children from birth to the end of secondary school, and in the records kept by the social workers in the child welfare offices. It was found that no more than 85% of the foster children had received the recommended vaccinations compared with 95% of age and sex matched children from the same districts where their birth parents lived. Screening for vision, hearing and speech delay had less often been made in the foster children. Another finding from this study was that information about health and routine health care for children in foster care was often very poorly documented by the social workers.

In a series of studies researchers have exploited the Swedish tradition of maintaining national registers with high quality data regarding health and socio-

economic indicators on the entire population. Compared to majority population peers, long term foster children have been found to have five to sevenfold sex and birth year standardized overrisks for hospital because of a psychiatric disorder or a suicide attempt at age 13-17 (while in care) as well at age 19-27 (after having left care) (Vinnerljung, Hjern and Lindblad 2006). The risk of suicide death has also been found to be very high in former foster children with fourfold higher risks compared with an age and sex matched general population (Hjern, Vinnerljung and Lindblad 2004).

Sweden has comparatively low rates for teenage pregnancies in international perspective, but this does not account for young girls in foster care where rates are three to fourfold compared with the general population (Vinnerljung, Franzén & Danielsson 2007).

EDUCATION AND SELF SUPPORT PROBLEMS

The educational attainments at age 20-27 was examined for 30 000 former child welfare youth in eight birth cohorts of Swedish born individuals (1972-1979), comparing them to 745 000 peers who had never received child welfare interventions (Vinnerljung, Öman and Gunnarson, 2005). In the general population, 12 percent had only compulsory education at age 20-27. Among long term care alumni – regardless of their birth mother's education - the figures were over 40 percent. For youth whose career had included disrupted placements, 55 percent had basic education only. Among comparisons, 35 percent had a college level degree, compared to 7-9 percent in the long term foster care groups.

The risk for receiving public welfare at age 23-25 for over 23.000 former child welfare clients, comparing them with 576.000 majority population peers (Vinnerljung and Franzén forthcoming).

Former foster children had three to four fold odds for recurring welfare or for having lived on welfare, compared to majority population peers from similar socioeconomic backgrounds.

THE WAY FORWARD

The bleak picture of Swedish foster care presented in these evaluation studies have caused considerable stir. These results suggest that long term foster care has at best weak compensatory power over time. - Must it be so?

Taken together with previous Scandinavian reports on increased risks of future medical problems (e.g. Kristofersen 2005) and severe delinquency (Vinnerljung 1999), as well as reports on extreme mortality rates of birth parents (Franzén and Vinnerljung 2006), our results provide arguments for the US and UK policy of "permanency planning". But today, foster care is the only way of providing Swedish children with a long term substitute family. Given this, raising the quality of foster care is an obvious approach. In their landmark study, Kessler and colleagues (2008) have convincingly demonstrated that high quality care has a positive impact on mental and somatic health.

Several pathways toward improvements appear promising. They all involve a partnership between agencies/local authorities and foster carers, a moving away from the model of "placing out" that has been the base of foster care for many decades. Our three proposals below also outline a "minimum standard" in foster care, defined in legislation or in binding agreements between agencies, foster carers and birth families.

1. *Make agencies accountable for assessing health, for health monitoring during placement, and for providing easy access to health services.* In the US, the National Association of Paediatricians

(1994) and The Child Welfare League have for many years recommended that all foster children should have their somatic and mental health assessed at time of placement, or shortly thereafter. Many US foster care agencies currently have such routines (e.g. Hansen et al 2004), and in the UK children in out-of-home care receive annual medical check-ups (e.g. Hill and Watkins 2003). In Sweden, such routines do not exist. Making agencies – not foster parents – accountable for health issues should be tried and evaluated. Studies showing a high prevalence of psychiatric disorders among children and youth in foster care suggest that this may be most important in the area of mental health (e.g. Ford et al 2007).

2. *Make agencies accountable for assessing children's cognitive potential, for identifying obstacles to school progress, for monitoring progress in school and for accessing/providing services aimed at promoting school achievements.* Again, the first step is establishing routines where standardized instruments are used for assessing cognitive capacity, and for identifying obstacles for good school achievements (Evans, Scott and Schulz 2004). In a Swedish pilot project aimed at improving foster children's school achievements (n=25), three out of four children age 8-12 were initially substantially underachieving in school, compared to their tested cognitive capacity (Vinnerljung et al forthcoming). We believe school/education should be an area of priority, considering the strong links between low education and self support problems for foster care alumni (Reilly 2003; Vinnerljung and Franzén forthcoming). Our own on-going register analyses suggest that around half of the high risks for a number of negative outcomes (e.g. serious crime and substance abuse) in this group can be statistically explained by low educational attainment. In fact, one of the main conclusions of our national register studies is that poor school performance and low

educational attainment seem to be key factors in explaining – *and for improving* – the dismal outcomes for foster care alumni in many life areas. Agencies can and should act as champions for the educational rights of foster children and youth. According to US and Norwegian experiences, programs that allow foster youth to remain in care several years after age of majority seem to be a simple but promising additional path to improvement (Courtney et al 2007; Clausen and Kristofersen 2008). Systematic use of mentors to support foster children's school work during time in care also seems to be worth trying and evaluating (cp. Rhodes and Dubois 2006).

3. *Make agencies accountable for sex education and for provision of birth control to adolescent foster youth.* Looking at the high overrisks for teenage childbearing among foster children, it would be unethical not to try to do something about it. Improving access to mainstream services would be a first step. Meta-analyses, based mainly on US studies, suggest that effective prevention strategies employ a combination of education and provision of contraceptives (Ferrer-Wreder et al 2004). A second step may be trials where evidence based risk group interventions are adapted to the needs of foster care youth (e.g. Allen and Philliber 2001).

REFERENCES

1. Allen, J. and Philliber, S. (2001) 'Who benefits most from a broadly targeted prevention program? Differential efficacy across populations in the Teen Outreach Program.' *Journal of Community Psychology*, 29, 6, 637-655.
2. American Academy of Paediatrics (1994) 'Health care of children in foster care.' *Paediatrics*, 93, 2, 335-338.
3. Andersson, G. (1993) 'Support and relief: the Swedish contact person and contact family program.' *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 2, 2, 54-62.

4. Clausen, S-E. and Kristofersen, L. (2008) *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005* [Child welfare clients in Norway 1990-2005]. Oslo: NOVA, Rapport 3/2008.
5. Courtney, M. and Dworsky, A. (2006) 'Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA.' *Child and Family Social Work*, 11, 3, 209-219.
6. Courtney, M. Dworsky, A., Cusick G.R., Havlicek, J. Perez, A. and Keller, T. (2007) 'Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: outcomes at age 21'. Chicago: University of Chicago, Chapin Hall Center for Children.
7. Evans, L. Scott, S. and Schulz, E. (2004) 'The need for educational assessment of children entering foster care.' *Child Welfare*, 83, 6, 565-580.
8. Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C.C, Tubman, J. and Adamson, L. (2004) *Successful Prevention and Youth Development Programs. Across borders*. New York: Kluwer Academic.
9. Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. and Goodman, R. (2007) 'Psychiatric disorder among British children looked after local authorities: comparison with children living in private household.' *British Journal of Psychiatry*, 190, April, 319-325.
10. Franzén, E. and Vinnerljung, B. (2006) 'Foster children as young adults: many motherless, fatherless or orphans. A Swedish national cohort study.' *Journal of Child and Family Social Work*, 11, 3, 254-263.
11. Hansen, R., Mawjee, F. L., Barton, K., Metcalf, M. and Joye, N. (2004) 'Comparing the health status of low-income children in and out of foster care.' *Child Welfare*, 83, 4, 367-380.
12. Hill, C.M. and Watkins, J. (2003) 'Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve?.' *Child: Care, Health and Development*, 29, 1, 3-13.
13. Hjern, A., Vinnerljung, B. and Lindblad, F. (2004) 'Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study.' *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 5, 412-417.
14. Kessler, R., Pecora, P., Williams, J., Hiripi, E., O'Brien, K., English, D., White, J., Zerbe, R., Downs, C., Plotnick, R., Hwang, I. and Sampson, N. (2008) 'Effects of enhanced foster care on the long term physical and mental health of foster care alumni.' *Archives of General Psychiatry*, 65, 6, 625-633.
15. Kristofersen, L. (2005) *Barnevernbarnas helse. Uförhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. [Health of child welfare children. Impairment and mortality 1990-2002]. Oslo: NIBR, rapport #2005:12.
16. Nygaard Christoffersen, M. (1999) *Risikofaktorer i barndommen* [Childhood risk factors]. Köpenhamn: SFI, Rapport 99:18.
17. Pecora, P., Kessler, R., Williams, J., O'Brien, K., Downs, C., English, D., White, J., Hiripi, E., White, C. R. and Holmes, K. (2005) *Improving Family Foster Care. Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study*. Seattle: Casey Family Programs.
18. Reilly, T. (2003) 'Transition from care: Status and outcomes of youth who age out of foster care.' *Child Welfare*, 82, 6, 727-746.
19. Rhodes, J. and DuBois, D (2006) 'Understanding and facilitating the youth mentoring movement'. *Social Policy Reports*, 20, 3, 3-19.
20. Sundell, K., Vinnerljung, B., Löfholm, C. and Humlesjö, E. (2007) 'Child Protection in Stockholm: a local study of childhood prevalence of investigations and service delivery.' *Children and Youth Services Review*, 29, 2, 180-192.
21. Innerljung, B. (1999) 'Förekomst av adoptivbarn och långtidsvårdade fosterbarn bland placeringar av tonåringar i dygnsvård' [Prevalence of adoptees and long term care foster children among new placements of teenagers in out-of-home care]. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 6, 4, 313-328.
22. Vinnerljung, B and Franzén, E. (forthcoming) 'Indicators of self support problems among former child welfare clients.'

23. Vinnerljung, B., Franzén, E. and Danielsson, M. (2007) 'Teenage parenthood among child welfare clients: a Swedish national cohort study of prevalence and odds.' *Journal of Adolescence*, 30, 1, 97-116.

24. Vinnerljung, B., Hjern, A. and Lindblad, F. (2006) 'Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study.' *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 7, 723-733.

25. Vinnerljung, B., Hjern, A., Ringbäck Weitoft, G., Franzén, E. and Estrada, F. (2007) 'Children and young people at risk. Social Report 2006'. *International Journal of Social Welfare*, 16, Supplement 1, S163-S202.

26. Vinnerljung, B., Tideman, E., Hinze, K. and Aldenius-Isaksson, A. (forthcoming) 'Improving foster children's school achievements. Promising results from a Swedish pilot project.'

27. Vinnerljung, B., Öman, M. and Gunnarson, T. (2005) 'Educational attainments of former child welfare clients – a Swedish national cohort study.' *International Journal of Social Welfare*, 14, 4, 265-276.

28. <http://www.pediatriasocial.com/Documentos/SIAS/sias6.pdf>

Problemática de salud mental en menores acogidos a Centros

Amaia Bravo ⁽¹⁾, Ana M^a Sainero ⁽²⁾, Jorge F. Del Valle ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

⁽²⁾ Grupo de Investigación en Familia e Infancia.

Ponencias a mesas redondas

El cambio de perfil de la población atendida en los recursos de acogimiento residencial en los últimos años ha puesto de manifiesto el notable incremento de los problemas y alteraciones del comportamiento entre los niños y adolescentes. Este patrón genera dificultades en la convivencia de los hogares y es una fuente de estrés para el personal que trabaja en estos recursos, que demandan una mayor atención y colaboración entre el sistema sanitario y protector. A pesar de esta realidad, en nuestro país carecemos de datos acerca de la incidencia de los problemas de salud mental que presenta esta población de riesgo.

Los resultados que se van a describir forman parte de una investigación promovida y financiada por el Servicio Extremeño de Salud en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social. Esta iniciativa supuso un primer acercamiento al estudio de este tópico en nuestro sistema de protección a la infancia, abriendo una línea que habrá de ser potenciada y extendida a otras regiones.

El objetivo del estudio es conocer la tipología y frecuencia de los problemas o alteraciones de salud mental que presentan los niños y adolescentes acogidos en hogares residenciales de la Junta de Extremadura. Para ello se realizó una evaluación objetiva de diferentes indicadores clínicos y un screening diagnóstico.

La muestra estuvo formada por un total de 345 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 18, aunque finalmente se extendió hasta los 22 años al incluir a jóvenes que una vez alcanzada la mayoría de edad permanecían en pisos de autonomía. Esta muestra fue dividida a su vez en 291 casos que denominaremos *nacionales* (niños y adolescentes nacidos en España o inmigrantes que llegaron y vivieron en nuestro país acompañados de su familia) y un grupo de 54 *menores extranjeros no acompañados* a los que, dadas sus particularidades se analizó en otro apartado. Los datos aportados en esta exposición se centrarán en la muestra de los 291 casos *nacionales*.

El procedimiento se dividió en dos fases:

- En la primera fase se recabó información de los profesionales de protección y de los educadores de los hogares y centros sobre cuántos menores estaban en tratamiento de salud mental, qué diagnósticos tenían, tipo de atención recibida, etc. Se recogió también información sobre el contexto familiar de estos niños, su formación y escolaridad, así como los motivos y el proceso de intervención de protección.

En esta misma fase se aplicó una técnica de screening para detectar

la necesidad de intervención terapéutica en niños y jóvenes mediante cuestionarios aplicados a los educadores de referencia de cada niño y a los propios menores (cuando tenían más de 11 años). De este modo se podían detectar casos que no estaban siendo tratados pero que presentaban indicadores clínicos que aconsejarían una intervención terapéutica.

- La segunda fase del estudio consistió en la evaluación clínica individual de un total de 89 menores, la mayoría casos ya detectados por estar en tratamiento, pero incluyendo un grupo de 26 niños y jóvenes que no estaban recibiendo atención terapéutica aunque presentaban indicadores muy significativos según lo obtenido con la técnica de screening.

Con la información recabada en la primera fase del estudio se hizo una primera evaluación del estado de salud mental mediante criterios e indicadores objetivos. A través de 3 categorías se constituyó lo que denominamos el *grupo clínico* (niños y adolescentes en riesgo o con claros indicadores de presentar alteraciones de salud mental):

1. Tener diagnóstico clínico del eje I o del eje II o Estar acudiendo a tratamiento clínico o haberlo hecho anteriormente
2. Manifestar conductas relacionadas con el suicidio: verbalizaciones, amenazas o intentos.
3. Presentar consumo problemáticas de sustancias adictivas

RESULTADOS

En cuanto a su salud mental, según información de los profesionales, los niños y jóvenes estudiados presentaban los siguientes indicadores:

- La discapacidad intelectual o retraso mental afecta a un 18% de estos menores (muy lejos del 3% que presenta la población general de estas edades).

- Un 22% (64 niños y adolescentes) está recibiendo tratamiento psicoterapéutico, de los cuales 14 no tienen un diagnóstico establecido. Por sexos existe una diferencia significativa, ya que precisa tratamiento un 28,4% de varones frente a solamente un 15,4% de mujeres.

- Los diagnósticos más frecuentes (75%) son los del grupo de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador. Existen muy pocos casos con diagnósticos de estados de ánimo o ansiedad.

- Más de la mitad acuden a tratamiento a los equipos de salud mental de referencia (63%), aunque algunos lo combinan con la atención de profesionales privados. Un 13% recibe tratamiento del profesional de su propio centro de menores y otro 11% acude únicamente a profesionales privados. Cuando acuden a los equipos de salud mental lo hacen con una frecuencia semanal un 25%, y si se suma esta frecuencia a la quincenal y mensual el porcentaje se eleva a un 57,8%. La valoración que los educadores hacen de la efectividad de estos tratamientos es positiva para cerca de un 70% de los casos.

- Al preguntar específicamente por conductas relacionadas con el suicidio, se pudo averiguar que un 8% de los niños y adolescentes presentaba este problema. Diez menores habían tenido un intento de suicidio.

- Pocos casos tenían problema de consumo adictivo: 20% con el alcohol y 10% cannabis.

Si tomamos estos datos en conjunto, obtenemos un primer indicador general de la **incidencia de problemas de salud mental** en esta población:

- La población que podemos considerar clínica incluiría a los que están recibiendo ya tratamiento de salud mental,

los que presentaban comportamientos relacionados con el suicidio, los que tenían problemas graves de consumo adictivo y los que tenían diagnóstico de discapacidad intelectual. Sumados todos ellos tendríamos un total de 109 niños y adolescentes, que suponen un 37,5% del total. Por tanto, algo más de uno de cada tres menores en acogimiento residencial presenta problemas que requieren tratamiento terapéutico, a partir de la información que los profesionales ya poseen.

No obstante, nuestra metodología incluyó una pruebas de screening, en concreto un reconocido y validado cuestionario de detección de problemas de conducta que fue aplicado a los propios jóvenes y a sus educadores de referencia. Los resultados obtenidos son los siguientes:

- En la prueba que completaron los educadores de referencia sobre cada uno de los niños y jóvenes se obtiene un 35% de casos con problemas de tipo externalizante (hiperactividad, agresividad, conducta antisocial...) que alcanzan un rango clínico, es decir, que necesitarían una intervención terapéutica. En cambio, los problemas internalizantes (ansiedad, depresión, aislamiento...) solamente alcanzan el rango clínico en un 14% de todos los niños y adolescentes.

- En la prueba completada por los propios adolescentes (el cuestionario se aplica sólo a estas edades) coinciden en presentar un nivel de problemas externalizantes muy similar, pero los problemas internalizantes alcanzan un 27%, duplicando la percepción que tenían los educadores.

- En definitiva, los educadores detectan con facilidad los problemas más observables o externalizantes de los niños y adolescentes pero tienen más problemas para detectar los trastornos internalizantes. Esto puede hacer que se estén derivando a tratamiento con más facilidad a los niños y adolescentes con

problemas de conducta más observables y se esté prestando menos atención a problemas más internos que, sin embargo, requerirían igualmente ayuda.

- Este método de screening permitió identificar 82 niños y adolescentes que obtienen puntuaciones de rango clínico en alguno de los dos cuestionarios, y que no estaban incluidos en los 109 ya detectados por los profesionales como clínicos. Serían 82 casos que podrían estar necesitando atención terapéutica y de ser así, sumados a los 109 ya conocidos, tendríamos 191 menores, esto es, un 66% de todos los acogidos en hogares de protección. Aunque la cifra de un 66% puede parecer elevada, diversos estudios realizados en otros países presentan cifras que oscilan entre el 40 y el 80% de menores en protección que necesitan tratamiento de salud mental.

Finalmente, se realizó una **evaluación clínica individual** sobre 89 niños y jóvenes, entre los que se incluían casos que ya se encontraban en tratamiento y por tanto estaban localizados como necesitados de atención clínica, y 26 de los 82 casos que se habían detectado mediante la técnica de screening y que presentaban las puntuaciones más elevadas. Los resultados más significativos son los siguientes:

- Se confirma que los trastornos del grupo de déficit de atención y comportamiento perturbador son los más frecuentes, afectando a cerca de la mitad de la muestra evaluada. Entre ellos se encontraron siete casos de trastornos disocial, seis de trastorno negativista desafiante y otros cinco no especificados, que resultan de especial importancia por presentar un gran reto para el trabajo educativo en los centros de menores.

- Sin embargo, un resultado de enorme importancia es que el diagnóstico individual hizo aflorar un buen número de trastornos internalizantes que habían pasado más desapercibidos. Nueve menores presentaron trastornos de

ansiedad, categoría en la que prácticamente no había ningún caso previamente conocido. Igualmente aparecen trastornos adaptativos con un componente depresivo en varios casos. Este resultado viene a ratificar la conclusión anterior acerca de la mayor detección e importancia que se le da a los trastornos externalizantes frente a los internalizantes.

- Prácticamente todos los casos evaluados individualmente que se habían detectado mediante técnicas de screening y que, por tanto, no estaban considerados como necesitados de tratamiento, resultaron con un diagnóstico clínico que requeriría intervención terapéutica.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Los resultados de este primer estudio muestran la necesidad de implementar evaluaciones psicológicas de todos los menores que entran en el sistema de protección garantizando la detección de sus necesidades, tanto para desarrollar actuaciones preventivas como terapéuticas, a la vez que para establecer una línea base que permitiría evaluar los resultados y la evolución de las intervenciones que se realizan durante el período de protección.

Dada la gran incidencia de problemas de salud mental en esta población, se debería implantar un programa de prevención indicada sobre trastornos de ansiedad y depresión, que han demostrado estar escasamente detectados y tratados.

Asimismo, el personal de atención socioeducativa de hogares y centros debería tener formación en aspectos básicos de psicopatología de la infancia y adolescencia para poder comprender mejor la población a la que atienden y ser parte muy activa en los procesos de detección, evaluación e intervención que se deben poner en marcha. Además de los contenidos citados de aspectos

internalizantes como ansiedad y depresión tendría que trabajarse especialmente el manejo de situaciones de conflicto y agresión, ya que es el principal tipo de trastorno conductual de la población atendida.

Finalmente, una de las principales conclusiones de esta investigación es reconocer la necesidad de implementar actuaciones coordinadas entre el sistema de protección infantil y el sistema de salud mental para la correcta cobertura de necesidades de esta población infantil y adolescente.

Obesidad: Magnitud del problema y consecuencias a largo plazo

Jose M^a Gómez Vida

Ponencias a mesas redondas

La obesidad es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y la adolescencia en los países occidentales (1). La OMS no duda en calificar de *epidemia mundial* la magnitud del problema, y propone el término "*globesidad*" para referirse al importante problema de salud pública en que se está convirtiendo la obesidad y el sobrepeso en muchas partes del mundo desarrollado y, ahora también, del mundo en vías de desarrollo; pues tal es la intensidad con que la incidencia y prevalencia del sobrepeso/obesidad aumenta en todos los rangos de edad, incluida la infantil (2). Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Y los nuevos estudios epidemiológicos que van apareciendo siguen alarmándonos, pues encuentran que en los países occidentales (Alemania, Francia, Inglaterra, España, Japón, Estados Unidos, Canadá y México, entre otros) hay un incremento sostenido y gradual del sobrepeso y la obesidad infantiles. En 2007 se estimó que había unos 22 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso en el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones de obesos. Si continúan las tendencias del pasado se calcula que casi la mitad de la población -45%- será obesa hacia el año 2020. En marzo de 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país publicaba que un 27.6% de nuestros niños y adolescentes tenían sobrepeso y obesidad. En julio de 2009 un estudio publicado por el CDC (Centro para el Control de la Enfermedad y Prevención)

señalaba que el aumento de obesos ya no era exclusivo de ciertas razas, ni de los estratos sociales más bajos carentes de formación. En 2005 el International Obesity Task Force señalaba de forma clara a España e Inglaterra como los dos países desarrollados en donde más había crecido y más crecería la obesidad infantojuvenil en los próximos años. Y el reciente estudio ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad), realizado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y publicado en junio 2011, tras analizar información de cerca de 8.000 niños y niñas de toda España, revela que el exceso de peso afecta al 45,2% de los niños y niñas de entre 6 y 9 años (*¡casi la mitad de nuestros niños, adultos futuros, tiene exceso de peso!*), aunque también señala que el exceso de peso en la población infantil española tiende a estabilizarse en los últimos diez años. Pero el sobrepeso afecta al 26% de los menores estudiados y la obesidad al 19%. **El exceso de peso en los niños españoles es, sin duda, un grave problema de salud pública.**

En los Estados Unidos, el incremento del porcentaje de obesidad y sobrepeso en adultos ha sido más rápido que en los niños (0,77 vs 0,46-0,49), y en las mujeres que en los hombres (0,91 vs 0,65). Si estas tendencias continúan, para 2030, un 86,3% de los adultos tendrán sobrepeso o serán obesos. En los niños, la prevalencia de sobrepeso se duplicará para 2030.

La repercusión del sobrepeso y la obesidad en el desarrollo de enfermedades en la vida adulta, pues es conocido que hasta un 70% de los niños obesos serán

adultos obesos, es tan relevante, que nos hallamos en disposición de afirmar que la generación infantil actual tendría una expectativa de esperanza de vida menor que la de sus padres. Hoy día casi la mitad de la población de los países desarrollados muere por causas cardiovasculares. Y este número puede verse incrementado si aumenta el número de adultos con obesidad. La obesidad en la adolescencia constituye un antecedente metabólico para la enfermedad cardiovascular en el adulto y la diabetes tipo 2, ya que los factores de riesgo como dislipidemia, hipertensión, hiperinsulinemia y obesidad a menudo coexisten en adolescentes (4). Además, se ha constatado la aparición de marcadores de inflamación en adolescentes, propios de los adultos e, incluso, que estos biomarcadores están relacionados con la adiposidad total y abdominal (5,6). Baker, en un estudio longitudinal de 46 años, encuentra que el riesgo de presentar eventos cardiovasculares no mortales y eventos fatales entre los adultos de este estudio se correlacionó positivamente con un índice de masa corporal elevado a los 7-13 años de edad para los varones y a los 10-13 años de edad para las mujeres. En este estudio se determina además, que a medida que los valores de IMC son más altos en la infancia hay asociado un mayor riesgo de evento cardiovascular en la edad adulta (7).

Además del impacto económico en cuanto al gasto sanitario que supone esta situación, hay que señalar aquí el impulso que ha supuesto sobre la investigación de las causas y las bases fisiopatológicas de la obesidad. Así conceptos como "programación" de la obesidad con la existencia de períodos críticos durante el desarrollo del niño desde su etapa fetal a la de adulto para el desarrollo de esta afección (8), la existencia de factores genéticos siempre intuitos y cada vez más demostrados (entre el 50-70% de la variación del índice de masa corporal puede atribuirse a diferencias genéticas. Y más de 600 genes, marcadores y regiones

cromosómicas se han relacionado con fenotipos obesos en el ser humano) (9, 10). El cambio de concepción del tejido graso como un órgano pasivo, un simple depósito que se llena o vacía según el balance energético de cada momento, hacia un órgano endocrino productor de adipoquinas (leptina, adiponectina, interleuquina- 6, α TNF...) capaz de interrelacionarse con el SNC, con el consiguiente desarrollo del conocimiento de los sistemas de control neuroendocrinos del apetito y la saciedad. Son sólo algunas de las líneas de avance en la investigación de la obesidad.

Pero en el día a día el niño obeso o con sobrepeso, se encuentra en su entorno social y familiar con unos hábitos nutricionales y unos condicionantes ambientales difíciles de alterar. Y los pediatras de atención primaria hemos de estar concienciados con esta realidad global, asumiendo un papel activo en la lucha contra esta auténtica plaga, cuyo control pasa necesariamente por la prevención desde edades precoces, mediante la detección de las familias de riesgo y por la evaluación clínica y antropométrica seriada de nuestros pacientes. Y aunque la asistencia de estos niños es muchas veces desalentadora (es difícil conseguir resultados, y con frecuencia hay pasos atrás sobre lo ya logrado) hemos de estar familiarizados con su sistemática de diagnóstico (fundamentalmente clínico), con el empleo de medidas antropométricas básicas y con la búsqueda periódica en nuestros pacientes obesos de comorbilidades asociadas: alteraciones del metabolismo lipídico, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, esteatosis hepática, litiasis biliar, problemas psicológicos, problemas respiratorios y ortopédicos (11.12). Sin olvidar el apoyo psicológico que el deterioro de la autoimagen puede requerir a estas edades.

La valoración en atención primaria de estas posibles asociaciones debe incluir: 1. Determinación del IMC utilizando tablas de referencia validadas. Con medición del

perímetro abdominal, pues se muestra como el mejor parámetro antropométrico aislado para predecir el riesgo de síndrome metabólico asociado a sobrepeso en niños y adolescentes (y disponemos en España de gráficas de referencia) (13). 2. Medición de la presión arterial referida a la edad, sexo y talla (14). 3. Estudios analíticos para la valoración del síndrome metabólico: glucemia en ayunas, insulina basal, colesterol total y sus fracciones y triglicéridos.

Las alarmas por los altos índices de obesidad han saltado en todos los países del mundo desarrollado. El problema y las repercusiones que representan ya son bien conocidos, la tecnología siempre estará para apoyar los desarrollos en esta área, pero la reversión total de esta epidemia requerirá además un profundo apoyo de los gobiernos y de las políticas públicas. La OMS ha propuesto un *Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, que incluye las líneas de una estrategia mundial sobre el régimen alimentario, la actividad física y la promoción de la salud, y expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica. Dicha recomendación exhorta a todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.

REFERENCIAS.

1. Martos-Moreno GÁ, Barrios V, Argente J. Fundamentos clínicos y diagnóstico-terapéuticos de la obesidad en la infancia. *Rev Esp Ped*. 2009;65:408—22.
2. Obesity prevalence among low-income, preschool-age children-United States, 1998-2008. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58:769—773.
3. ALADINO: Estudio sobre Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Web http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/publicaciones/estudio_aladino.html

4. Must A, Strauss RS. Risk and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23 (suppl 2): S2-S11.

5. Wärnberg J, Moreno L, Mesana MI, Marcos A and the AVENA group. Inflammatory status in overweight and obese Spanish adolescents. The AVENA study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28 (Suppl 3): S54-S58.

6. Wärnberg J, Nova E, Moreno LA, Romeo J, Mesana MI, Ruiz RJ, et al. Inflammatory proteins are related with total and abdominal adiposity in a healthy adolescent population. The AVENA study. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84: 505-512.

7. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TIA. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*. 2007; 357: 2329-37.

8. Koletzko B. Long-term consequences of early feeding on later obesity risk. *Nestlé Nutr Workshop Ser Pediatr Program*. 2006; 58:1-18.

9. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity* 2006; 14: 529-644.

10. Cecil JE, Tavendale R, Watt P, Hetherington MM, Palmer CAN. An obesity-associated to gene variant and increased energy intake in children. *N Engl J Med*. 2008;359:2558—66.

11. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S, et al. Cardiovascular Health in Childhood: A statement for health professionals from Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2002;106:143-60.

12. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*. 2005;111:1999-2012.

13. Moreno LA, Pineda I, Rodríguez G, Fleta J, Sarría A, Bueno M. Waist circumference for the screening of the metabolic syndrome in children. *Acta Paediatr.* 2002;91:1307-12.

14. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2004;114:555-76.

Problemas de la Pediatría Social: Opinión de los niños

Carlos Ruiz Cosano
Departamento de Pediatría. Universidad Granada

Ponencias a mesas redondas

Se enmarca este XX Congreso de Pediatría Social en el inicio del actual siglo XXI, con un título en el que se quiere destacar la necesidad de adecuarnos los pediatras a nuevas situaciones de riesgo de origen social, ambiental y familiar, sin haber podido solucionar otros problemas en este ámbito que se iniciaron o incrementaron en el siglo que ha terminado. Podríamos decir, que desde el punto de vista de la patología social pediátrica estamos en un punto y seguido.

OBJETIVOS

Para poder atender, y, entender a los niños y jóvenes en riesgo social, uno de los aspectos de enorme interés, es conocer qué es lo que piensan nuestros jóvenes preadolescentes sobre la sociedad que les rodea en la que están inmersos, y cuáles son los problemas que más les preocupan, y de cuya interacción pueden derivar una serie de situaciones en la esfera de lo social, de lo público, que van a condicionar su normal desarrollo, y en no pocas ocasiones, con repercusión orgánica importante que puede comprometer su crecimiento o su inmunidad, entre otras.

METODOLOGÍA

Para cumplir este objetivo hemos reunido a unos cuantos jóvenes, preadolescentes con la idea de que nos expongan su pensamiento, necesidades y posibles soluciones relacionadas con determinadas patologías sociales y ecopatologías, de especial incidencia y

prevalencia en nuestros niños y adolescentes.

Los problemas que vamos a plantear en esta mesa redonda son los siguientes:

Alcohol-Botellón. El incremento de la ingesta de alcohol y mezclas de destilados, sobre todo de forma compulsiva en el tiempo de ocio, fundamentalmente fin de semana, se ha generalizado entre nuestra juventud desde hace ya más de una década, afectando a una franja de edad, cuyo inicio es cada vez más joven.

Tabaco-Drogas. Cuando estamos obteniendo resultados relativamente buenos con campañas antitabaco dirigidas a los adultos, la iniciación al consumo de tabaco, y al igual que ocurre con el alcohol, se hace en jóvenes en edad escolar. A esta situación, se añade el consumo de nuevas sustancias alucinógenas, que ocasionan intoxicaciones muy graves o incluso la muerte como ha ocurrido recientemente en Madrid.

De otra parte, la facilidad para que las redes de distribución de drogas como la marihuana, se adentren en los colegios e institutos o bien se localicen cercanos a ellos, prácticamente a las puertas, a pesar de las medidas adoptadas por los cuerpos de seguridad, favorece el inicio en estas sustancias a edades cada vez más tempranas.

Trastornos del comportamiento alimentario: obesidad y bulimia. En este

mismo congreso se asistirá a otra mesa redonda con un único punto, la obesidad. Junto a la alta incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños españoles, se une, el mayor diagnóstico de casos de anorexia y bulimia. El sedentarismo y los cambios en los hábitos alimentarios, hacen de la obesidad uno de los primeros problemas de salud pública en nuestro país, y también de las primeras preocupaciones en muchos jóvenes adolescentes. No es menos cierto, que los nuevos estilos y estereotipos de belleza y moda, condicionan un desplazamiento pendular dentro de la patología alimentaria hacia trastornos tan opuestos y diferentes como bulimia y anorexia nerviosa, que siguen siendo más frecuentes entre las adolescentes. No podemos olvidar tampoco que entre las corrientes que hacen del ejercicio físico su motivo de vida, la vigorexia también va empezando a aparecer entre los adolescentes.

Maltrato Psicológico. De especial interés para los jóvenes es el déficit de atención y preocupación por sus padres, sobre todo en aquellos casos en los que se producen situaciones familiares estresantes como son las rupturas en las relaciones de pareja de los padres. El sentirse utilizados durante el proceso legal de la separación y en muchas ocasiones tiempo después de que se haya consumado el proceso jurídico, los hijos se sienten en numerosas ocasiones objeto de uso por parte de sus progenitores. La cada vez más frecuente inestabilidad en las parejas, está haciendo que estas situaciones, puedan considerarse casi con total normalidad, implicando una alteración en el normal crecimiento y desarrollo de los hijos, desde el punto de vista de la afectividad.

Redes sociales. El fácil acceso a este tipo de mega-sociedades virtuales, la ausencia de orividad y la disponibilidad casi permanente, hacen de las redes sociales virtuales, utilizando internet como

soporte, un lugar en el que los chavales son objetos de múltiples situaciones de riesgo, y en algunas de estas además con riesgo físico y pérdida de la vida del propio niño o adolescente. La inseguridad y el anonimato son dos elementos que favorecen estas situaciones de riesgo cada vez más frecuentes.

Problemas emergentes de la Pediatría Social

Xavier Allué

Ponencias a mesas redondas

Reconociendo el honor de moderar esta mesa redonda, última del congreso y que recoge el lema de éste, cúmplenos presentar los temas que por su propia naturaleza, están ocupando la actualidad.

Cabe añadir que cada uno de ellos ha tenido algún tratamiento en el blog “Pediatría social”ⁱ que venimos editando desde hace ya dos años y medio y cada uno representa materias de trascendencia en la realidad de nuestra infancia.

El carácter de problemas emergentes lo poseen más por la importancia de ellos mismo que por el hecho de que se hayan hecho más evidentes en estos tiempos. Muchos de ellos y lamentablemente, existen desde siempre aunque sus manifestaciones no hayan revestido la misma gravedad o, peor, que nuestra atención y la de la sociedad, no ha estado pendiente de su existencia ni haya intentado ponerles algún remedio.

Por ejemplo, las **infecciones emergentes** se suelen acompañar de las llamadas **reemergentes**ⁱⁱ, conocidas y padecidas de antiguo pero que ahora cobran un nuevo protagonismo al asociarse a los cambios sociales que de, una u otra forma, las favorecen. Algunos de esos cambios pueden acogerse al concepto de la *globalización* como fenómeno social, a la que contribuyen los viajes, los movimientos migratorios y las diferentes inmunidades de horda o grupo que las propician.

Las **enfermedades raras**^{iii,iv} lo son por su infrecuencia, a la vez que por sus peculiaridades. Dejaron de llamarse enfermedades huérfanas al adscribirse gradualmente a diferentes disciplinas y equipos terapéuticos, aunque su amplísimo número—más de 30.000 según se cuenta—dificulta su clasificación. Pero son precisamente las cargas sociales que comportan sobre los pacientes, sus familias y el propio sistema sanitario obligado a dar alguna respuesta lo que les confiere ese carácter social.

Las **conductas delinquentes**^{v,vi,vii} de los menores se encajan en el proceso de desarrollo de la personalidad de los adolescentes, cuya percepción de lo que es bueno o malo, lícito o ilícito, legal o ilegal, se difumina a menudo por falta de referentes en su medio. Todo el peso de la enseñanza obligatoria, establecida constitucionalmente en nuestro país desde hace tres décadas, no es suficiente para encauzar adecuadamente conductas y comportamientos dentro de los límites de la legalidad, mientras que la figura del pillo, ladronzuelo o rufián ha ocupado muchas páginas de nuestra literatura en el pasado.

La utilización de la **vacunas**^{viii}, profilaxis activa de múltiples enfermedades infecciosas tiene más de 200 años y, aún desde su inicio, se ha visto envuelta en polémicas y desacuerdos. La liberalización de las voluntades y el empoderamiento de las familias para la toma de decisiones han generado posturas discrepantes con el uso generalizado de las vacunas. Un desgraciado histórico de algunos fracasos ha contribuido a crear desconfianzas, pero

han sido algunos fraudes concretos^{ix,x} y patrañas los que han llevado a familias a percibir más los riesgos que los beneficios de las vacunas.

En todas estas materias los pediatras sociales que, a muchos efectos, los somos todos los pediatras debemos mantener actualizados los conocimientos para desarrollar criterios de aplicación que sean útiles para la población infantil y, también, para las autoridades sanitarias que tengan que tomar decisiones que afecten a los niños. A ello pretende modestamente contribuir esta mesa redonda.

viii

<http://pedsocial.wordpress.com/2011/02/21/el-calendario-vacunal-para-2011/>

ix

<http://pedsocial.wordpress.com/2011/01/14/vacunas-autismo-fraudes-y-la-libertad-de-informacion/>

x

<http://pedsocial.wordpress.com/2011/01/18/mas-sobre-el-fraude-que-queria-asociar-la-vacuna-triple-victima-con-el-autismo/>

REFERENCIAS EN EL BLOG Pediatría Social

ⁱ <http://pedsocial.wordpress.com>

ii

<http://pedsocial.wordpress.com/2011/06/27/convivir-con-insectos-la-carga-social-de-la-patologia-debida-a-insectos/>

iii

<http://pedsocial.wordpress.com/2011/02/26/dia-mundial-de-las-enfermedades-raras-28-de-febrero-2011/>

iv

<http://pedsocial.wordpress.com/?s=Adolescentes+y+enfermedades+raras>

v

<http://pedsocial.wordpress.com/2010/03/20/de-la-cuna-a-la-carcel-un-informe-inquietante/>

vi

<http://pedsocial.wordpress.com/2010/05/04/mas-sobre-delincuencia-infanto-juvenil/>

vii

<http://pedsocial.wordpress.com/2010/05/26/adolescentes-y-la-ley-en-espana/>

Infecciones emergentes

Mercedes Rivera Cuello

Servicio de Pediatría. Hospital Carlos Haya. Málaga

Ponencias a mesas redondas

INTRODUCCIÓN

Los grandes avances de la medicina en los últimos años no han podido evitar la aparición de nuevas enfermedades infecciosas en nuestro medio e incluso la reaparición de enfermedades que se consideraban vencidas condicionando importantes problemas de salud pública en determinados lugares y núcleos poblacionales.

Las desigualdades sociales así como el trasiego de las personas por el turismo, la migración etc... hacen del mundo una aldea global con una epidemiología crítica en la que deben de tenerse siempre en cuenta las fuerzas sociales como condicionantes sanitarios porque como ya apuntaba el antropólogo francés B. Latour, "no existe ciencia sin sociedad".

Las infecciones emergentes o reemergentes pueden estar condicionadas por diferentes agentes: virus, bacterias, parásitos etc... Según la enfermedad específica así como el modelo de transmisión de la misma la causa de la emergencia o reemergencia será diferente siendo el nivel asistencial de actuación para su control distinto. Las principales causas de la emergencia de enfermedades infecciosas se enumeran a continuación.

- Deterioro en los sistemas de vigilancia de la salud pública: condicionan aparición de brotes por falta de higienización de aguas, zoonosis transmitidas por animales de crianza o

roedores ej: brote de diarrea por *Cryptosporidium*, brote leishmaniasis visceral

- Disminución de las tasas de vacunación: por núcleos poblaciones no vacunados (sarampión) o disminución de las tasas de inmunidad (tosferina).

- Cambio climático: condiciona la aparición de nuevas especies de vectores en zonas que no existían o habían sido extinguidas documentándose así los primeros casos de malaria y dengue autóctono en el sur de Europa.

- Mal uso de antibióticos y consumo de alimentos con residuos de pesticidas: facilitando así la aparición de gérmenes con diferente fenotipo de resistencias: MARSa (*St. aureus* meticilin resistente), VRE (*Enterococcus* resistente a vancomicina)....

- Enfermedades importadas: enfermedades endémicas importadas por viajeros procedentes de países del trópico: turistas, migrantes, VFR's....

Falta de detección de grupos de riesgo: falta de detección y control sanitario de grupos poblaciones con factores de riesgo asociados. Uno de los núcleos poblacionales de mayor relevancia en pediatría lo constituyen los migrantes principalmente aquellos que se encuentran en situación de marginalidad, un ejemplo de ello es el brote de tuberculosis que tuvo lugar en 2007 en uno de los centros de acogida inmediata de la provincia de Granada tras el ingreso de un grupo de menores no acompañados.

| | E. del este | Asia | Latinoamérica | África del norte | África subsahariana |
|-------------------|-------------|------|---------------|------------------|---------------------|
| M. meningocócica | - | + | + | + | + |
| Cólera | - | + | + | + | + |
| Peste | 0 | + | - | 0 | + |
| Fb. hemorrágicas | - | + | + | - | + |
| Lepra | - | + | + | - | + |
| Tuberculosis | + | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Hepatitis C | - | + | - | - | + |
| Hepatitis B | + | ++ | + | - | ++ |
| ETS | + | + | + | - | ++ |
| VIH | - | + | + | - | ++ |
| P. intestinal | - | + | + | - | ++ |
| Esquistosomiasis | 0 | + | - | - | + |
| Strongyloides | - | + | + | + | + |
| F. hemolinfáticas | 0 | + | - | 0 | ++ |
| F. cutáneas | 0 | - | - | 0 | ++ |
| Malaria | 0 | + | + | - | ++ |
| Cisticercosis | + | + | ++ | + | + |
| Leishmania | + | + | + | + | + |
| E. chagas | 0 | 0 | + | 0 | 0 |
| E. del sueño | 0 | 0 | 0 | 0 | + |

Dado el tema que nos ocupa y la importancia que en nuestra práctica clínica tiene la atención a los menores migrantes como grupo de riesgo de padecimiento y diseminación de enfermedades infecciosas emergentes, centraremos en este aspecto el resto de la charla.

MENORES MIGANTES

La migración es un proceso imparable que desde 1995 ha producido un profundo cambio social en nuestro país, constituyéndose como una sociedad heterogénea y multicultural.

Todo esto conlleva una necesidad de cambio en nuestra práctica clínica diaria para una adecuada atención a este sector de la población y para una mejor valoración de los núcleos más vulnerables. Este grupo está constituido por lo migrantes de países de renta baja en los que los sistemas sanitarios del país de procedencia son deficitarios lo que condiciona: bajas tasas de vacunación, bajo grado de educación sanitaria y escasas

Las cifras de población extranjera censada actualmente en España ascienden al 10% del total del censo siendo a su vez la población infantil un 15% de la misma (hasta un 20% en el caso de la nacionalidad africana), es importante puntualizar que estas cifras suelen estar infraestimadas.

Según los últimos informes de la OMS las enfermedades infecciosas constituyen la causa más importante de muerte (45%) en dichos países llegando a constituir un 63% en niños menores de 5 años. Es importante puntualizar que a pesar de que las enfermedades tropicales son causa de una importante morbilidad las 5 enfermedades con tasas de mortalidad más importantes son enfermedades infecciosas comunes o de distribución mundial tales como: infecciones respiratorias agudas, VIH, gastroenteritis y tuberculosis.

Es por todo lo expuesto que los CDC (Centers for disease control and prevention) han definido los viajeros, migrantes y refugiados como una de las poblaciones diana para el control de

enfermedades infecciosas actuando así a 2 niveles:

1) Disminución de la morbilidad individual de enfermedades endémicas mediante el diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas.

2) Limitación de enfermedades infecciosas transmisibles.

En el cuadro a continuación se resumen las enfermedades infecciosas más prevalentes en los países de renta baja según lugar de procedencia, es importante matizar que son los menores africanos los que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas importadas como ha sido demostrado en diferentes series publicadas por las unidades de referencia tanto a nivel nacional como internacional.

PROTOCOLOS DE CRIBADO

La principal finalidad de estos protocolos es limitar la diseminación de enfermedades infecciosas y detección de las mismas en estadio temprano para beneficio del individuo. Para que una enfermedad entre dentro de este grupo de enfermedades debe cumplir determinados requisitos: ser una enfermedad suficientemente prevalente, oligosintomática en la que su detección puede actuar sobre la historia natural de la enfermedad y en la que se pueda garantizar su posterior seguimiento.

La sistematización de la entrevista de acogida facilitará la detección de factores de riesgo añadidos y patología asociada en el menor o su entorno. Exponemos a continuación los diferentes apartados del protocolo de cribado inicial.

Anamnesis e historia clínica

Debe exponerse a la familia el proceder en nuestra práctica habitual explicándole el por qué de las preguntas y

exploraciones que se van a realizar. Es importante cerciorarse de la adecuada comprensión de la familia para crear un clima de confianza.

Además del motivo de consulta, deben quedar recogidos los siguientes apartados:

Historia actual

País de origen y condiciones de vida en el mismo (medio rural, urbano, selva), ruta migratoria, condiciones del viaje, tiempo de estancia en nuestro país, condiciones de vida desde su llegada (escolarización, situación laboral de la familia, visitas médicas previas...), hábitos alimenticios (restricciones dietéticas culturales, ingesta de productos no higienizados...) y presencia de sintomatología actual (fiebre/febrícula, hábito intestinal, prurito, lesiones en la piel, molestias urinarias...). Es importante tener en cuenta que en este tipo de población muchos síntomas pueden ser considerados normales por estar habituados a ellos.

Antecedentes personales

Antecedentes perinatales, enfermedades previas (ingresos hospitalarios, cirugías, transfusiones...) e historia de alergias.

Antecedentes familiares

Consanguineidad de los padres, historia de enfermedades familiares (anemias, déficits de lactasa), enfermedades infecciosas (VIH, TBC, paludismo, sífilis, chagas...) ambiente epidemiológico entre los convivientes actuales, historia de muertes prematuras familiares.

Vacunación

Comprobar el estado de vacunación, solicitar cartilla de vacunación (o similares) del país de origen.

Exploración física

La exploración física ha de ser completa e individualizada en cada paciente, atendiendo a cada órgano y aparato según el proceder habitual. Deben de tenerse en cuenta algunos aspectos que quedan recogidos en la tabla a continuación:

Tabla 1. Descartada la causa racial debe investigarse posibles enfermedades congénitas principalmente infecciosas ¹. Es especialmente importante en familias de países en los que se practique la mutilación genital femenina (ver mapa), se hará una descripción de los genitales que debe quedar recogida en la historia para posterior seguimiento ².

| ÓRGANOS Y/O APARATOS | EXPLORACIÓN |
|-------------------------|--|
| Medidas antropométricas | Peso y talla (según las tablas de nuestro país). Perímetro craneal (Macro/microcefalia ¹). |
| Piel | Lesiones de rascado (prurito crónico). Lesiones dérmicas (hiper/hipopigmentadas, descamativas, picaduras, cicatrices quirúrgicas...). |
| Genitales | Vacunación de la BCG (deltoides, trapecio, nalga..) |
| Desarrollo psicomotor | Exploración genital femenina ² Contemplar posibles variaciones por comportamientos culturales. Niño adoptado: sd. de carencia afectiva (valorar evolución). |

Pruebas complementarias

En todos los niños procedentes de PRB deberán realizarse las pruebas complementarias que se detallan a continuación, añadiendo pruebas específicas según los datos obtenidos en la historia clínica y exploración física realizadas.

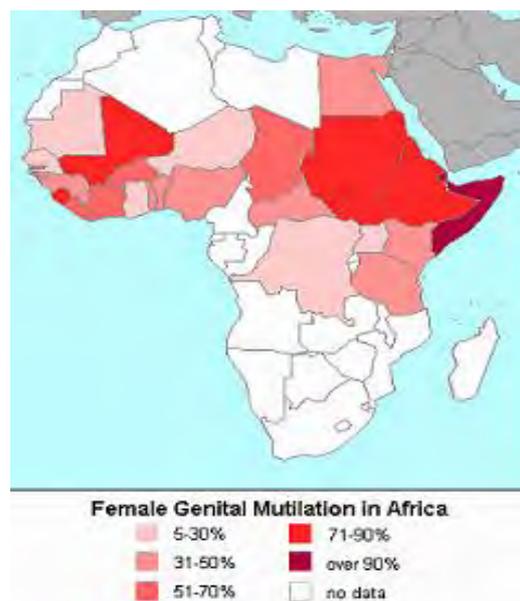


Figura 1. Mapa ilustrativo de países en los que se practica la mutilación genital femenina (2008).

a) **Analítica de sangre:** hemograma, hierro, ferritina, serologías (hepatitis B, hepatitis C, hepatitis A, VIH y sífilis), despistaje de raquitismo (calcio, fósforo y FFA) es aconsejado en pacientes con factores de riesgo (países de poca insolación, madres y menores con poca superficie cutánea expuesta, niños con piel oscura que no proceden de zonas tropicales).

- **Metabopatías:** cribado de fenilcetonuria en menores de 2 años, (utilizar papel de filtro).

- **Hipotiroidismo:** cribado en menores de 2 años y hasta los 5 años si provienen de China o zonas con alta prevalencia.

- **Drepanocitosis:** realización de electroforesis de hemoglobina en menores de raza negra o con alto componente genético de la misma.

b) **Estudio de parásitos en heces:** deben recogerse 3 muestras en días alternos y especificar el país de procedencia u orientar al laboratorio de

microbiología sobre datos de sospecha según clínica o analítica.

c) Estudio de enfermedades tropicales más prevalentes:

- Esquistosomiasis: en todo paciente de área endémica (ver mapa) se hará una determinación de orina (tira reactiva) en una muestra obtenida tras ejercicio físico para descartar hematuria.

- Paludismo: Solicitud de gota gruesa en todo paciente procedente de área endémica con menos de 2 años de estancia en nuestro país.

- Chagas: solicitar en todo paciente procedente de latinoamerica o hijo de madre latinoamericana no estudiada.

d) Prueba de tuberculina: debe realizarse en todo menor migrante. Es importante matizar que el antecedente de vacunación de BCG no debe ser tenido en cuenta en el momento de la lectura del Mantoux independientemente de la edad del menor.



Figura 2. Mapa ilustrativo de la distribución de esquistosomiasis a nivel mundial.

Actitud

Medidas preventivas.

Vacunación: corrección del calendario vacunal.

Profilaxis de anemia ferropénica: en menores alimentados con lactancia materna exclusiva. Existen culturas en las que dicha práctica se prolonga por encima de los 6 meses requiriendo en este caso consideraciones específicas.

Profilaxis del raquitismo: en todo niño de piel oscura hasta los 18-24 meses, lactantes de madres con escasa superficie cutánea expuesta y en adolescentes que por su dieta, piel oscura o escasa exposición solar así lo requieran.

Educación sanitaria: es importante instruir a las familias en los programas de prevención, vacunación, y control del niño sano ya que no son prácticas habituales en los sistemas sanitarios de sus países de origen.

Diagnóstico/tratamiento de patologías

A tenor de los resultados obtenidos en la exploración física y pruebas de cribado deberán ponerse en marcha los protocolos específicos de seguimiento y derivación por patologías.

REFERENCIAS

1. Del Rey Calero J. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. *An Med Int* 2002; 19: 443-445.
2. Estudio de inmigración y Salud Pública: Enfermedades infecciosas importadas. Estudios, informe e investigación 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Martín Ruano A. Mesa redonda: Temas emergentes en pediatría. Problemática del niño inmigrante. *Bol Pediatr* 2006;46: 319-327.
4. Masvidal i Aliberh R.M, Sau Giralt I. Protocolo de atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. *Rev Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 2: S19-39.
5. Morena Montes J., Alonso Babarro A., Huerfano Aramburu H., Manual de atención al inmigrante. Ed. ERGON. 2009.

Comunicaciones - Orales

Sesión de Comunicaciones

Sesión 1

Viernes 7 de Octubre. 09.30-10.30h.
Aula Magna – Facultad de Medicina
Moderadores: Dr. J.M. Fernández y Dra. María Isable Junco Torres.

01. PEDIATRÍA ON-LINE: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Teresa Díaz y José Luis Serrano
Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid)
eMail: tdiaz@aytoalcobendas.org

Objetivos. El Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid), tiene como prioridad la mejora de la salud de su población, siendo la infantil y juvenil una franja especialmente sensible y donde las familias juegan un papel muy importante. Variadas razones nos llevaron a crear una herramienta de estas características. Los estudios efectuados señalan que en este municipio se usa con frecuencia internet como una herramienta de información, así como a la dificultad para asistir a las actividades presenciales, unido a la multitud de informaciones de carácter sanitario que existen en la red pero donde no todas tienen el rigor ni la claridad necesaria. Por tanto el objetivo primordial es proporcionar a las familias una información veraz, fiable, inteligible y contrastada que pueda contribuir a su formación como el camino más adecuado para cuidar de la salud de sus familias y de la propia.

Metodología. Con la página se pretende aportar información sobre los problemas de salud de la edad infanto-juvenil que se plantean con frecuencia, desde una perspectiva integral propia de la pediatría. Desde la sección salud de la página web del Ayuntamiento, un icono propio de pediatría on-line da acceso a las secciones en que se estructuran los contenidos. A/ Recomendaciones generales por grupo de edad, sobre nutrición, desarrollo psicomotor, prevención de accidentes, higiene y cuidados generales. B/ Preguntas más frecuentes, son textos que contestan las dudas que plantean con más frecuencia las familias sobre: alergias, exantemas, fiebre, trastornos de la alimentación y del sueño, vacunas C/ Educación para la salud, esta sección es la más dinámica, se nutre de informaciones sobre noticias de actualidad y /o recomendaciones según la estación del año, acontecimientos sanitarios etc. En la actualidad se puede acceder a informaciones sobre lactancia materna y medicamentos, diabetes infantil, hepatitis

A, ambliopía, trastornos del lenguaje, dolor de espalda, desayunos saludables, tiña del cuero cabelludo, tuberculosis infantil, la importancia del juego...D/Pregunte al pediatra, tal vez lo más novedosos, damos la posibilidad de preguntar sobre dudas o plantear preocupaciones sobre temas pediátricos a través de una cuenta de correo creada para tal fin. Las respuestas son dadas por pediatras con amplia experiencia profesional y formación dilatada en Salud Pública. Se contestan en un máximo de 48 horas. No se contestan en ningún caso consultas sobre diagnósticos clínicos ni se dan segundas opiniones médicas. Advirtiendo con claridad en la página que esto no sustituye a su médico habitual.

Resultados. La página fue presentada en el verano del 2009 y se han contabilizado un total aproximado de 2700 visitas. Hemos contestado un total de 350 correos sobre temas muy diversos. Se han colgado 22 artículos de información de interés que han tenido relación con épocas del año, infecciones en colegios...

Conclusiones. La página creemos que ha resultado útil por el número de visitas y las consultas enviadas por correo, los temas de las mismas se han ceñido en la mayoría de los casos a temas generales. A los profesionales nos permite abordar desde lo municipal temas de salud con herramientas actuales muy usadas por la población. No tiene coste añadido. Trataremos de que sea una página viva y se vea mejorada y enriquecida.

02. CARACTERÍSTICAS DE LA MORFOMETRÍA ORAL EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

R. Romero García, V. Fernández Puentes, P. Tortosa Pinto, R. Tesse, O. Valenzuela Molina, F. Fernández Delgado
UGC Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.
Email: rakelina20@hotmail.com

Justificación y objetivos. En los últimos años se vienen realizando múltiples estudios sobre la influencia de la institucionalización sobre el desarrollo y crecimiento de dicha población infantil, situación más conocida en la actualidad como "retraso de crecimiento y desarrollo de causa no orgánica o de origen psicosocial". En la experiencia de nuestro grupo se han descrito aspectos relacionados con el crecimiento, el desarrollo, accidentes, intoxicaciones e instrucción académica en la que los niños en régimen de acogida presentan sistemáticamente datos muy inferiores a los de la población normal de referencia.

Para dar continuidad a esta línea de trabajo, en la presente aportación nos proponemos como objetivo: a) describir las características morfológicas de una selección de niños institucionalizados, b) realizar un análisis comparativo con otro grupo de niños normales.

Material y Métodos. La investigación se ha realizado sobre una muestra total de 124 niños divididos en dos grupos: A) Grupo problema (GP) y B) Grupo control (GC) con las características que se describen. El grupo control consta de 62 niños institucionalizados, 37 niños con edades comprendidas entre 4.1 años y 18.3 años. y 25 niñas con edades comprendidas entre 5.6 años y 18.3 años. El grupo control consta de un total de 62 niños no institucionalizados, 37 niños con edades comprendidas entre 4.1 años y 18.3 años y 25 niñas con edades comprendidas entre 5.6 años y 18.3 años. La selección del grupo problema se obtuvo en la Facultad de Odontología, se trata de niños institucionalizados en la provincia de Granada que acuden a dicha facultad para ser diagnosticados y tratados de sus problemas de salud bucodental. La selección del grupo control se obtuvo a través de un muestro de niños escolares de dos colegios de la provincia de Jaén con la misma edad y sexo de la muestra analizada.

A cada uno de los niños de ambos grupos de estudio se le midieron las siguientes variables relacionadas con la morfometría oral: resalte, sobremordida, distancia intercanina superior e inferior, distancia 14-24, distancia 15-25, anchura intermolar superior e inferior, espacio habitable superior e inferior, suma dentaria total superior e inferior, discrepancia oseodentario superior e inferior, profundidad de la arcada superior e inferior y número total de dientes explorados.

Resultados. Se detallan las variables estadísticamente significativas.

Conclusión. Analizando conjuntamente los datos obtenidos así como los trabajos precedentes podemos afirmar que en los niños institucionalizados no existe la tendencia a patrones de crecimiento dolicofacial con trastornos transversales del maxilar superior descrito en niños con retraso de crecimiento de causa orgánica. Así mismo, queda demostrado que la suma dentaria total y la discrepancia dentaria superiores e inferiores son menores en los niños institucionalizados.

Finalmente podemos concluir que dentro de las manifestaciones somáticas del niño con retraso del crecimiento no orgánico no encontramos alteraciones en el desarrollo y morfometría orales, lo que representa un hallazgo sorprendente en esta población.

03. ANTICONCEPCION POSTCOITAL EN LA ADOLESCENCIA. QUÉ HA PASADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS?

Pérez Aragón AJ, Lobo Támer G, Medina Martínez I, Serrano López L, Medina Navarro M, Muñoz Sánchez MC, Sánchez Gila MM, López Contreras IM.

HGE Virgen de las Nieves. S. de Pediatría y Ginecología. Granada
e-Mail: orzana.ana@gmail.com

Introducción. La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios y ajustes biológicos, psicoafectivos, sexuales y sociales a los que deberán adaptarse en un período de tiempo breve y en una sociedad cambiante. La permisividad de padres y educadores y los propios cambios sociales han aceptado una sexualidad mas permisiva. Pero aún así, el Sistema Educativo, Sanitario y la propia familia no han desarrollado o favorecido una educación sexual acorde a los propios cambios sociales, que les permitiera en su momento la elección responsable, libre y exenta de riesgos. Por todo ello, la OMS considera en materia de sexualidad a la adolescencia como grupo de riesgo.

Objetivos. Conocer el patrón de edad en la solicitud de APC en el área de influencia del HUVN de Granada, en las adolescentes de 12 a 19 años (definición de la OMS). Y analizar la evolución en la demanda a lo largo de los últimos 5 años.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo en el que se incluyen todas las adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 19 años que solicitaron la APC en el HUVN durante el período comprendido entre los años Enero de 2007 a Septiembre de 2011. Cómo ha evolucionado tras la progresiva introducción de la educación sexual en los colegios y con la propia liberalización en su venta. El método utilizado ha sido el Levonorgestrel 0,75mg c/12h dos dosis, en todos los casos. También, analizamos los datos de una farmacia con horario ininterrumpido en nuestra área de influencia. Y hemos solicitado información en colegios de Enseñanza Secundaria sobre la educación en sexualidad que ofrecen.

Resultados. El total de mujeres entre 12 y 19 años que han solicitado APC en el área de Urgencias ginecológicas del HUVN ha sido de 693, distribuidas por edad y año de estudio según tabla adjunta, lo que representa el 12,73% de las 5443 solicitudes de intercepción en el período de tiempo en estudio y en nuestra zona de influencia. Desde el año 2010 en que se inicia la libre comercialización, en grafica observamos que disminuye la demanda en S. de urgencias, aumentando de manera significativa la venta libre.

Solicitamos entrevista con la Jefatura de Estudios de dos Institutos de Enseñanza Secundaria en nuestra área de influencia. Ambos coincidían que, a pesar de la orientación en la educación sexual, ésta no estaba reglada, a veces solo charlas comerciales.

Conclusiones. Aún no disponiendo más que de una muestra y no de datos de la población general, consideramos que estas cifras representan un elevado número de solicitudes de APC, si tenemos en cuenta las indicaciones y características específicas del método. Esto nos hace cuestionar la información sobre métodos anticonceptivos en este grupo de edad. A pesar de que el Sistema Educativo

ha iniciado ya la educación sexual en sus objetivos, el asesoramiento probablemente no sea eficiente. Es necesario el abordaje basado en la adquisición de habilidades sociales, cognoscitivas y técnicas y no solo en la resolución de problemas.

Propuestas. La demanda de APC se debería canalizar como una vía para dar información sobre la prescripción y correcta utilización de métodos anticonceptivos en este grupo de edad y no su liberalización. Su manejo debe hacerse con responsabilidad, no se puede manejar como medicina de complacencia o como arma política, fuera del contexto educativo. Interesante la creación de programas impartidos por personal experto en el tema, en los que se propiciara la participación activa de los jóvenes en su diseño, prestación y evaluación.

04. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE MENORES (UPAIM): UN ESPACIO COMPETENCIAL COMPARTIDO PARA HACER EFECTIVOS LOS DERECHOS DE LA INFANCIA.

A.R. Sánchez Vázquez (1); I. Ortiz López (2); A. Calcerrada Labrador(1); JMD López Barranco (1); R.Montoya Martínez (1); B.Santos Navarro (3)
Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente(1).
C.S. Puebla de Vúcar(2). Distrito Poniente(3). El Ejido.
Almería.
e-Mail: anarosasanchez@terra.es

La UPAIM es un modelo de organización funcional que permite un espacio competencial compartido, para profesionales de distintas disciplinas y sectores que tienen en común una misma orientación profesional “en interés superior del menor” y el desarrollo de sus derechos. Por este motivo es necesaria la integración de esfuerzos y la coordinación intersectorial e interprofesional y es esencial disponer de un espacio y un tiempo, que facilite esta interrelación, especialmente en situaciones de riesgo o de desprotección de los niños y niñas.

Objetivo general. Orientar las actuaciones sanitarias hacia el desarrollo efectivo de los derechos de los niños y niñas en su entorno, durante todo su proceso de crecimiento, para procurar su desarrollo integral biopsicosocial.

Objetivos específicos. 1º) Atención y seguimiento de todos los casos de riesgo social detectados 2º) Integrar y coordinar intervenciones en la infancia y adolescencia, fomentando el trabajo en red 3º) Fomentar la promoción y prevención de problemas de salud generados por determinantes sociales. 4º) Promover la sensibilización y formación de los profesionales. 5º) Fomentar la investigación sobre los determinantes sociales de salud en la infancia.

Metodología. Se describe el desarrollo del proyecto: **Ámbito de actuación:** población infanto-juvenil 0-17 años en situación de riesgo social, del poniente almeriense. Destacamos como centro de la intervención, la familia, la sensibilización y formación profesional y el trabajo en red para asegurar el abordaje integral biopsicosocial de los menores. Se

define la cartera de servicios, la red de profesionales que participan en la atención de menores, los recursos necesarios, las competencias de la UPAIM y se constituye grupos de trabajo y comisiones de seguimiento de casos de riesgo a nivel comunitario integrándolas en la agenda profesional. Se establecen las funciones de cada miembro y la metodología de trabajo, criterios de inclusión, registro, reuniones, activación de la red y aplicación de protocolos. Se presenta el proyecto a las Direcciones-Gerencia de nuestro área de salud y a las UGC de AP.

Resultados orientados a objetivos. 1ºobjetivo: Consolidación de la Comisión de casos de UPAIM de la UGC Puebla de Vúcar y de Hospital de Poniente. Registro en base de datos única. 2º Objetivo Coordinación intersectorial en la elaboración de Protocolo de atención a víctimas de abuso sexual, puesta en marcha de otros grupos de trabajo intersectoriales. 3º Objetivo Taller de prevención de violencia a niños de 6º primaria de la Puebla de Vúcar; Proyecto de Escuela de padres; Promoción de la salud materno- infantil en la población inmigrante a través de talleres informativos en atención primaria coordinado con los distintos ayuntamientos y asociaciones de inmigrantes y en atención especializada. Talleres de relajación creativa en menores con trastornos crónicos. 4º objetivo Sesiones clínicas acreditadas por la ACSA para profesionales de Atención Especializada (154 profesionales). Presentación de la UPAIM en AP y ESM. Reunión informativa sobre el Programa de Acogimiento familiar. Taller de Educación afectiva para profesionales. Elaboración Guía de recursos y actuación ante situaciones de riesgo. 5º Objetivo: Proyecto de Participación en salud: Prevención de Obesidad Infantil. Proyecto de Promoción salud materno-Infantil.

Conclusiones.

- 1) Los resultados obtenidos con este modelo de trabajo, pone en evidencia su alta rentabilidad y eficacia en el abordaje integral de patologías en la infancia.
- 2) La factibilidad del proyecto viene determinada por la incorporación de actividades de coordinación y seguimiento de las situaciones de riesgo social en las competencias profesionales y por una reorganización de las agendas laborales para facilitar las mismas.
- 3) Este modelo organizativo y funcional innovador que presentamos, aporta el dinamismo necesario para emplear los recursos existentes en la comunidad con el mínimo coste y orienta las actuaciones profesionales en un espacio compartido en el que TODOS colaboran en el Bienestar de la Infancia.

05. ESTUDIO SOCIOSANITARIO DE LA ADOPCIÓN NACIONAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Angel Cortés Lozano

R. Casa de los Niños IMMF Consejería de Asuntos Sociales Comunidad de Madrid
e-Mail: angel.cortes.lozano@madrid.org

Objetivo. Conocer las características sociosanitarias de los menores de adopción nacional durante 5 años en la Comunidad de Madrid.

Metodología. se recogen los datos sociosanitarios de los expedientes de adopción habidos desde el año 2003 al 2007, ambos inclusive, del Sº de adopción del IMMF de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Resultados. Hubieron un total de 349 adopciones durante el periodo del estudio, con una media de 68,4 adopciones por año. El 60% de las madres biológicas fueron de origen extranjero (de ellas el 47% de Europa del este, 40% de Centro y Sur de América, 10% de África y 2% de Asia). El 18% de las madres fueron menores de edad, (la mitad de ellas de origen rumano). El 11,7 % de las madres comentaron su adicción a drogas, apareciendo síndrome de abstinencia en el 7,4% de los neonatos. La ingesta de alcohol fue reconocida en el 3,4% de las madres. El 75% de las madres biológicas no acudieron a controlarse el embarazo, apareciendo una incidencia de prematuridad del 18% (superior al 8% de la media nacional), con una incidencia de peso menor de 1500 gramos del 4 % (1,2% como media nacional).

El protocolo sanitario efectuado a los neonatos, incluye, además de la exploración física completa, serología para virus de la hepatitis B y C, VIH y serología de infección connatal, además de ecografías cerebral y abdominal. Y todo el estudio relacionado con la patología encontrada con las exploraciones anteriores. Se diagnosticó algún tipo de patología en el 32% de los menores adoptados. Esta patología estaba representada por secuelas secundarias a la prematuridad (neurológicas, digestivas, etc.), cardiopatías congénitas, síndrome de Down y sus malformaciones asociadas, etc.

Conclusiones. En los últimos años en la Comunidad de Madrid, se está observando una "internacionalización" de la adopción nacional, con más de la mitad de madres biológicas de origen extranjero. Alrededor de un tercio de los menores adoptados tenían algún tipo de patología, en algunos de ellos de cierta gravedad y complejidad, estando en bastantes ocasiones probablemente derivada de un mal control del embarazo

06. SALUD BUCODENTAL EN UNA POBLACIÓN INFANTIL INSTITUCIONALIZADA.

Verónica Fernández Puentes, Raquel Romero García, Aida Ruiz López, Marita Lardón Fernández , Laura Moreno García, Francisco Javier Fernández Delgado. UGC Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. eMail: veronica_dra@hotmail.com

Justificación y objetivos. Tras la definición y caracterización del concepto de retraso del crecimiento y desarrollo de origen psicosocial ha aumentado el interés por el conocimiento de los factores que intervienen sobre el crecimiento y desarrollo biopsicosocial de dicha población infantil. Entre los factores exógenos que afectan a las tasas de crecimiento y patrones de desarrollo del niño especial relevancia tienen las circunstancias económicas, culturales, sociales, familiares y afectivas. Por otra parte, es evidente que la salud bucodental constituye en la actualidad un buen indicador del entorno de salud infantil.

El propósito del presente trabajo del presente trabajo es conocer el nivel de salud bucodental de un grupo de niños institucionalizados y realizar un análisis comparativo con respecto a un grupo control de niños no institucionalizados.

Material y métodos. El presente trabajo se realiza sobre una muestra de 124 niños , de los cuales se formaron dos grupos de 62 niños cada uno : A) Grupo problema y B) Grupo control. Las características del grupo problema son : 37 niños institucionalizados con edades comprendidas entre 4.1 y 18.3 y 25 niñas con edades comprendidas entre 5.6 y 18.3 años. El grupo control consta de 62 niños no institucionalizados: 37 niños con edades comprendidas entre 4.1 y 18.3 años , 25 niñas con edades comprendidas entre 5.6 y 18.3 años. La selección del grupo problema se obtuvo en la Facultad de Odontología tratándose de niños institucionalizados en la provincia de Granada y acuden a dicha facultad para diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud bucodental. La selección del grupo problema se obtuvo a través de un muestreo de niños escolares de 2 colegios de la provincia de Jaén con la misma edad y sexo que los niños de la muestra analizada. A ambos grupos se midieron las siguientes variables en relación a la salud bucodental: CAOD, CAOM, Cod, índice de placa, índice gingivitis.

Resultados. CAOD: suma de dientes cariados, dientes ausentes por caries, dientes obturados. CAOM: suma molares permanentes cariados + ausentes + obturados. Cod: índice de dientes temporales cariados y/ o obturados. Índice placa. Índice gingival.

Conclusiones.

- A pesar de las evidentes mejoras que se han producido en el medio institucional, a nivel de salud oral sigue siendo excesivamente alta la prevalencia de caries dental, placa bacteriana y gingivitis.
- Estos resultados sugieren la necesidad de instaurar medidas preventivas en estos niños como son:
 - o Programas de instrucción en higiene oral y control de la dieta
 - o Programas de floración y de sellados de fosas y fisuras
 - o Revisiones odontológicas periódicas.

Sesión 2

Sábado 8 de Octubre. 09.30-10.30h.

Aula Magna – Facultad de Medicina

Moderadores: Dr. A. Molina Carballo y Dra.

Maria del C. Vidal.

07. TRÁFICO Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS

Josefa M Borrero Hernández (1); José Carlos León Jariego (2); Francisco José Garrido Aguilera (3); Verónica López Orta (4)

(1) Pediatra. Departamento de Biología Ambiental y Salud Pública. Universidad de Huelva

(2) Psicólogo. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva

(3) Enfermero. Centro de Salud Gran Tarajal, Tinujeje, Fuerteventura, Las Palmas de Gran Canarias

(4) Enfermera. Hospital General Fuerteventura, Fuerteventura, Las Palmas de Gran Canarias

e-Mail: mborrero@uhu.es

Objetivos.

- Describir la prevalencia de conductas relacionadas con la seguridad vial en una muestra de adolescentes residentes en España.
- Analizar las diferencias de edad y género en los comportamientos de riesgo en el tráfico.
- Estudiar la interrelación de estas conductas y su agrupación factorial.

Metodología. Mediante correo electrónico localizado en la red social virtual Tuenti, se invitó a cumplimentar un cuestionario vía web a 1200 adolescentes residentes en España, de ambos sexos y edades entre 14 y 19 años. La invitación incluyó los objetivos del estudio, garantizaba el anonimato de los participantes y la confidencialidad de sus respuestas. Se recibieron 568 cuestionarios, tras su depuración se eliminaron 28 por contener más del 10% de valores perdidos y 16 por errores o incoherencia en las respuestas.

El instrumento se diseñó en base a otros cuestionarios previamente utilizados en estudios sobre estilos de vida adolescentes relacionados con la salud. Se incluyeron preguntas sobre características socio-demográficas y conductas de riesgo; concretamente las analizadas en este trabajo hacen referencia a los comportamientos de riesgo en el tráfico.

En un primer bloque se evaluaron conductas de protección personal en el tráfico: 1. ¿Sueles utilizar el cinturón de seguridad cuando vas en coche? 2. ¿Sueles utilizar el casco cuando vas en moto o ciclomotor? 3. Y cuando vas de pasajero montado en una moto: ¿Utilizas el casco? Otro segundo bloque analizó el cumplimiento de las normas de tráfico: 4. Cuando vas en bici, en moto o ciclomotor, circulando por la calzada, ¿respetas las señales de tráfico? 5. Cuando eres peatón ¿respetas las señales

de tráfico: cruzar los semáforos en verde, cruzar las calles por los pasos de peatones, circular por la izquierda en la carretera, etc.?

Todas las variables se midieron con una escala likert de cinco puntos con rango de 1=Siempre hasta 5=Nunca. Se consideró que los valores diferentes a 1 suponen riesgo; con este criterio se calcularon cinco variables dicotómicas con valores 0= no riesgo y 1= sí riesgo.

Mediante el test de chi cuadrado se evaluaron las diferencias de edad y sexo en la prevalencia de comportamientos de riesgo. Para analizar la interrelación entre las conductas originales se calcularon correlaciones de Pearson; los coeficientes >0,1 fueron considerados pequeños, medianos a partir de 0,3 y fuertes por encima de 0,5. Posteriormente se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimin por considerar que los factores resultantes podrían estar relacionados; para determinar los elementos de cada factor se tuvieron en cuenta las cargas superiores a 0,40. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se consideró estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Resultados. Características socio-demográficas

524 adolescentes con edad media de 16,7 años (DT=1.60). El 58,8% eran mujeres y el 41,2% varones. El 92% estudiaba, el 4% trabajaba y el 4% ni estudiaba ni trabajaba.

Conductas relacionadas con la seguridad vial. El 20,4% de los adolescentes (IC del 95%:16,9-23,8) no utiliza siempre el cinturón de seguridad en el coche. El 23% (IC del 95%:19,3-26,6) presentaron riesgos asociados a no utilizar el casco cuando conducen una moto y el 30,1% (IC del 95%:26,1-34) cuando van de pasajero. Casi la mitad de los adolescentes (47,8%) no respetan en alguna ocasión las señales de tráfico cuando van en bici o ciclomotor. El mayor riesgo localizado en este trabajo hace referencia a no respetar en alguna ocasión las señales de tráfico como peatón, el 78,7% (IC del 95%:75,1-82,2) de los adolescentes informó de este comportamiento no seguro.

Diferencias de edad en las conductas relacionadas con la seguridad vial. Se observó una disminución progresiva del riesgo conforme aumenta la edad, sin que estas diferencias resultaran estadísticamente significativas.

Diferencias de género en las conductas relacionadas con la seguridad vial. No se encontraron diferencias de riesgos en la conducta vial de chicas y chicos.

Asociación de las conductas relacionadas con la seguridad vial. El uso del cinturón de seguridad presentó una fuerte correlación con el uso del casco como conductor ($r = 0,595$) y como pasajero en una motocicleta ($r = 0,492$). Las variables del uso del casco como conductor o como pasajero de una moto presentaron el coeficiente más elevado ($r = 0,883$). Las dos variables relativas al seguimiento de la normativa de tráfico también presentaron un coeficiente de correlación fuerte ($r = 0,493$). Los coeficientes de correlación entre estos dos grupos de

variables (uso de protección y seguimiento de la normativa de tráfico) fueron más débiles y se situaron por debajo de 0,4.

Antes de interpretar los resultados del análisis factorial se comprobó que los valores de KMO resultaron aceptables y la esfericidad estadísticamente significativa. De forma coherente con las correlaciones obtenidas, se obtuvo una solución de dos factores: el primero de ellos agrupa las tres primeras variables de protección personal y un segundo en el que saturan las dos variables relacionadas con el respeto a las normas de tráfico.

Conclusiones.

1. A pesar de que se observa un progresivo aumento de la seguridad vial de los adolescentes, españoles, los resultados encontrados en este trabajo indican un bajo nivel de seguridad en algunas conductas adolescentes relacionadas con el tráfico.
2. El escaso respeto por las señales de tráfico, sobre todo cuando se es peatón, es un dato relevante y de fuerte impacto en la salud pública de nuestro país. España es el país europeo con la mayor tasa de muertes de peatones atropellados cuando cruzaban la calzada fuera del paso de peatones.
3. La formación en educación vial debería enfatizar la necesidad de respetar las señales de tráfico más allá de su carácter normativo, enfatizando los beneficios que esta conducta reporta a la seguridad personal de niños y adolescentes cuando son peatones o ciclistas.

08. ASPECTOS DE SOCIALIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL INFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

Avilés, I., Anchóriz, M., Lanzarote, M.D., Gómez de Terreros, M., Neth, O., Falcón, D. y Gómez de Terreros, I.

Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Sevilla)
e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivo. Conocer diversos aspectos de socialización de los niños, niñas y adolescentes con VIH atendidos en la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla.

Método. El grupo empírico está formado por 13 niños, niñas y adolescentes de 7 a 16 años (Media =11,83 años) de los cuales el 44,4% son varones y el 55,6% mujeres. Estos menores acuden a consultas externas del mencionado hospital para el seguimiento de su enfermedad. Sus padres, madres y/o tutores, previo consentimiento informado, han cumplimentado la Batería de Socialización para padres (BAS-2, Silva y Martorell, 1983) y, en el caso de los y las adolescentes (N=10), la Batería de Socialización-Autoevaluación (BAS-3, Silva y Martorell, 1987), autocumplimentada por ellos y ellas mismos/as. El grupo contraste está formado por 13 participantes pareados en sexo y edad con el grupo empírico, que han cumplimentado las mismas pruebas. Se realiza un estudio descriptivo y un

análisis comparativo a través de la *U de Mann-Whitney* de todas las variables correspondientes a las diferentes subescalas.

Resultados. La información facilitada, tanto por los padres como por los adolescentes, indica que ambos grupos muestran puntuaciones normalizadas, si bien en el grupo con VIH la intensidad y/o frecuencia de problemas de socialización es mayor, sin llegar a puntuaciones clínicas, a excepción de las obtenidas en la BAS-2 en liderazgo. Al comparar los resultados de la BAS-2 de los dos grupos, encontramos que existen diferencias significativas en las escalas Ansiedad-Timidez (<0,01) y Liderazgo de la BAS-2 (<0,05), mostrándose los y las niños/as con VIH con mayor timidez y ansiedad (en opinión de sus padres) en comparación con los niños y niñas del grupo contraste, y presentando menos iniciativa o liderazgo que sus iguales sanos. Según la información aportada por los/las adolescentes, no se muestran diferencias en las escalas de la BAS-3.

Conclusiones. Pese a que la mayoría de los resultados se encuentran dentro de la normalidad, la población pediátrica con VIH se presenta en opinión de sus padres y/o tutores como un grupo de riesgo y de mayor vulnerabilidad para los problemas de socialización al estar sus puntuaciones cercanas a niveles clínicos, existiendo estas puntuaciones clínicas en la escala de liderazgo, lo que indica una falta de iniciativa a la hora de establecer contactos sociales.

Debido a estos resultados, se hace necesaria una evaluación en profundidad que esclarezca la existencia de estas dificultades, incluyendo a otras personas significativas del contexto de las y los menores, como puede ser el profesorado. En función de estos resultados, se puede plantear la utilización de un programa de habilidades sociales y de interacción con esta población que les permita mejorar sus capacidades a la hora de relacionarse. También es interesante valorar el por qué de la diferencia de opinión entre ambos grupos, pudiendo existir una sobreprotección, y excesiva preocupación por parte de los tutores debido a la enfermedad de los menores.

09. LACTANCIA MATERNA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS POBLACIONES DE DISTINTO NIVEL SOCIO-ECONÓMICO.

Pedro Serrano Rodríguez, Blanca Santos Ruiz, Jesús Carranza Cañas

Centro de Salud de Pinos Puente (Granada).
e-Mail: peserod@gmail.com

Introducción. Dentro de la Población que atiende nuestro Equipo Básico de Salud, existe una zona denominada por la Junta de Andalucía como Zona con Necesidad de Transformación Social, con unas características Socio Sanitarias de deficiencia y marginación social, donde se está realizando intervenciones específicas desde todos los estamentos sociales.

Objetivos. El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados estadísticos obtenidos al comparar la proporción de lactancia materna entre la población perteneciente a la ZNTS y el resto de población que atendemos. Intentamos determinar si hay un aumento de la proporción de la lactancia materna, como sería de esperar, en la población de la ZNTS con respecto de la población restante.

Metodología. Realizamos un estudio estadístico retrospectivo en una muestra de 433 niños de edades comprendidas entre los 0-15 meses de vida nacidos durante los años 2008, 2009, 2010. De los 433 niños se hicieron dos grupos: Grupo ZNTS de 101 niños y grupo control de 332 niños. En cada uno de los niños se recogieron los siguientes datos:

- Asistencia de este tipo de población a charlas de educación maternal.
- Tipo de lactancia a los 1, 2, 4, 6, 12 y 15 meses.
- Domicilio y otros datos de filiación.

El análisis estadístico se realizó mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas del programa estadístico SPSS.

Resultados. Lactancia materna dentro y fuera de la ZNTS:

No se encontraron diferencias significativas en la proporción de lactancia materna entre las madres dentro y fuera de la Zona con Necesidad de Transformación Social cuando se analizaron las proporciones a los 1, 2, 4 y 6 meses de vida. (1 mes $P= 0.823$; 2 meses $P= 0,715$; 4 meses $P= 0.719$; 6 meses $P= 0,438$).

Sí se encontraron diferencias significativas cuando se analizaron las edades de 12 y 15 meses, encontrándose mayor frecuencia de lactancia materna en estas edades en las madres de la ZNTS. (12 meses $P= 0,066$; 15 meses $P= 0,281$).

La mayoría de las madres que viven en la ZNTS no asistieron a Charlas de educación maternal

Conclusiones. Pese a la creencia popular y a lo esperado, no hallamos diferencias significativas en las proporciones iniciales de lactancia entre las madres que viven en la ZNTS y las del resto de nuestra Zona Básica, pese a la situación económica deprimida de la zona, aunque las madres de la ZNTS si prolongaron más la lactancia (más allá del año de vida).

010. EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTO Y COMPETENCIA EN UNA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL INFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

Avilés, I., Anchóriz, M., Lanzarote, M.D., Gómez de Terreros, M., Falcón, D., Neth, O. y Gómez de Terreros, I.

Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Sevilla)

e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivo. Conocer los aspectos de comportamiento y competencia de los niños, niñas y adolescentes con VIH atendidos en la Unidad de Infectología Pediátrica

del Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla.

Método. El grupo empírico está formado por 13 niños, niñas y adolescentes de 7 a 16 años (Media =11,83 años) de los cuales el 44,4% son varones y el 55,6% mujeres. Estos menores acuden a consultas externas del mencionado hospital para el seguimiento médico de su infección. Estas familias, previo consentimiento informado, han cumplimentado el Inventario del Comportamiento de niños/as de 6-18 años para padres (CBCL/6-18, Achenbach y Rescorla, 2001) y en el caso de los y las adolescentes (N=10), el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18, Achenbach y Rescorla, 2001). El grupo contraste está formado por 13 participantes pareados en sexo y edad con el grupo empírico, que han cumplimentado las mismas pruebas. Se realiza un estudio descriptivo y un análisis comparativo a través de la *U de Mann-Whitney* de todas las variables correspondientes a las diferentes subescalas.

Resultados. La información facilitada, tanto por los padres como por los adolescentes, indica que ambos grupos muestran comportamientos normalizados, si bien en el grupo con VIH la intensidad y/o frecuencia de problemas de comportamiento es mayor, sin mostrar puntuaciones clínicas. Únicamente, y atendiendo a los dos informantes, se hayan resultados clínicos en el grupo con VIH en las escalas de Competencia Total. Al comparar los resultados del CBCL de los dos grupos, encontramos que existen diferencias significativas en las escalas Actividades, Competencia Social, Competencia Académica y Competencia Total ($<0,01$) y en Trastornos Internalizantes, Ansiedad-Depresión, Retraimiento, Problemas Sociales y Trastornos en general (Total) ($p<0,05$). Según la información aportada por los/las adolescentes existen diferencias Competencia Académica y Competencia Total ($p<0,01$) y en el Número de Actividades ($p<0,05$)

Conclusiones. Pese a que la mayoría de los resultados se encuentran dentro de la normalidad, la población pediátrica con VIH se presenta como un grupo de riesgo y de mayor vulnerabilidad para los trastornos comportamentales, al estar sus puntuaciones cercanas a niveles clínicos. Por otra parte, esta población presenta niveles de competencia enmarcados dentro de los rangos clínicos, lo que señala la necesidad de hacer una intervención que potencie sus capacidades y habilidades para un mayor desarrollo de la autonomía. Por todo ello, se hace necesario un seguimiento multidisciplinar para prevenir la aparición de trastornos psicopatológicos en esta población.

011. PAPEL DEL PEDIATRA Y DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Redondo Gago, M; Vidal Palacios, M. C Fernández Navarro , B; Pareja Bezares, A; Ferrer Gil, M; Escobar Ferrer, M.

Servicio de Pediatría Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca)

e-Mail: marta2303@hotmail.com

Introducción. En nuestra Comunidad Autónoma se ha publicado este año el primer protocolo de abordaje interdisciplinar de maltrato infantil (MI) en los distintos ámbitos: escolar, sanitario y servicios sociales. Es muy difícil conocer la incidencia real del MI. Se estima que solo se declara una pequeña proporción de ellos, que suelen corresponder a los casos más evidentes y graves. Es necesario tener un alto índice de sospecha ante cuadros clínicos de etiología no bien precisa. En el ámbito sanitario se establece que en los casos leves, cuando la seguridad del niño esté garantizada, se debe realizar una interconsulta (IC) a la Unidad de Trabajo Social (UTS) para seguimiento. Ante una elevada sospecha de MI grave, sobretodo físico, los protocolos exigen el ingreso del menor como medida de protección y realización de exploraciones complementarias para confirmar el diagnóstico.

Objetivos. Conocer la frecuencia y características de casos de MI a través de las IC realizadas a la UTS a partir de los factores de riesgo social e indicadores de MI detectados por los pediatras de nuestro hospital. Se han analizado sexo y edad del menor, procedencia las IC, características del núcleo familiar, edad padres, relación progenitores, problemática socio-familiar, tipología de maltrato y las medidas de protección establecidas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de niños menores de 14 años en los que se ha solicitado valoración por UTS entre el periodo de enero-diciembre del 2010. Se han recogido datos de los archivos de UTS y de la historia clínica informatizada, a través de un cuestionario de recogida de datos cerrado con preguntas consensuadas con los participantes del estudio. Se han analizado los datos con el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows

Resultados. Se han valorado un total de 119 pacientes. Distribución por sexos: 52 (44%) mujeres y 67 (56%) varones. El grupo de edad más frecuente fueron los menores de 1mes (60; 50.4%), seguido de los el grupo de un mes a 2 años (26; 21.8 %) y por ultimo mayores de 5 años (30;25.1%). Procedencia de las IC: 57 (48.7%) Unidad de Neonatología, 28 (23.9%) Servicio de Urgencias, 15 (15.4%) Planta de Hospitalización. Características del núcleo familiar: 33 (35.9%) familia numerosa, 19 (17.3%) familia monoparental, 13 (13%) familia reconstituida. Edad padres: 19 (17.8%) menores de 21 años y 12 (12%) madres menores de 18 años. Relación progenitores: 20 (19,8%) uno de los progenitores ha abandonado el hogar, 13 (12.7%) proceso de separación-divorcio,

11 (15.5%) violencia conyugal, en un 8 (11.4%) fallecimiento de algún familiar cercano.Un 60.8% (68) fueron familias multiproblemáticas o con crisis puntuales. Déficits socioeconómicos y/o educativos en 2/3. En aproximadamente 50% (47) existía aislamiento social. Comorbilidad familiar: 30.3% (23) padres con problemas de salud mental, 26.8% (19) alcoholismo y 45.6% (31) toxicomanías (principalmente cannabis). Presencia de factores de riesgo MI: 70.1%(82). De los ítems valorados destacan por tener significación estadística como factores de riesgo de MI: familia reconstituida (OR4.7; IC_{95%} 1.04-23.9 p=0.02),cambios continuos de pareja (OR2;IC_{95%}1.6-2.8p=0.008), conflicto con la familia de origen (OR19.6; IC_{95%} 2.3-161.3p=0.000), violencia conyugal (OR2.1; IC_{95%}1.6-2.7p=0.03), vivir en un barrio conflictivo o marginal (OR4; IC_{95%} 4.5-8.6,p=0.04), problemas de salud mental (OR4.9; IC_{95%} 1.5-15.9 p=0.004), alcoholismo (OR8.1; IC_{95%} 2-31.9 p=0.001), otras toxicomanías (OR20; IC_{95%} 5.6-71 p=0,000). Destacamos los recién nacidos de madre toxicómana presentan (OD24; IC_{95%} 2.3-247.4p=0.003) de maltrato prenatal .En nuestra serie, no existe relación significativa entre ser inmigrantes, barrera idiomática, familia monoparental y mayor riesgo de ser maltratado. Hemos visto que el tener habilidades parentales es un factor protector de MI (OR0.1; IC_{95%} 0.04-0.3 p=0.000). Presencia de Indicadores de MI: 54 (46.2%). Se diagnosticó MI en 72 menores (58.8%). Tipo de maltrato: negligencia o abandono 34 (29.8%), prenatal 20 (17.5%), psicológico 5 (4.4%), abuso sexual 5 (4.4%) y físico 3 (2.6%). Fueron derivados al Servicio Protección a los Menores 35 pacientes. Las medidas de protección establecidas: 9 (39.1%) declaración de riesgo, 6 (26.1%) retirada cautelar a familia extensa, 5 (21.7%) retirada cautelar a familia canguro y 3 (13%) a centro de acogida.

Conclusiones. Destacamos la importancia de trabajar de manera interdisciplinar con la UTS para llegar al diagnóstico de maltrato, ya que más de la mitad de los casos derivados se confirma a posteriori el diagnóstico de MI.

La tipología de MI más frecuente, igual que en la mayoría de las series, es la negligencia aunque hemos encontrado una elevada tasa de maltratos prenatales.

La mayoría de los menores pertenecen a familias con múltiples problemas familiares, socio-económicos y educativos.

No hemos podido relacionar significativamente en nuestra serie el sexo y la edad con la topología del maltrato, excepto en el caso de maltrato prenatal.

012. ¿ES BENEFICIOSO UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA PADRES Y MADRES DE LACTANTES INGRESADOS POR BRONQUIOLITIS?

Méndez Santos, A; Gómez de Terreros Guardiola, M; Anchoriz Esquinito, M ; Avilés Carvajal I; León Leal, J.A; Obando Santaella, I.

Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Sevilla)
e-Mail: anamendezsantos@hotmail.com

Objetivo. Evaluar el impacto que tiene un programa de educación sanitaria, dirigido a padres y madres de lactantes ingresados por bronquiolitis, sobre el grado de conocimiento acerca de la enfermedad que padecen sus hijos/as cuando reciben el alta hospitalaria.

Metodología. La muestra está compuesta por 55 casos (padres y o madres de niños menores de 7 meses afectados de bronquiolitis) que participan de la siguiente manera en este estudio. Grupo A (experimental): 28 personas, a las cuales se le aplica un programa de educación sanitaria y Grupo B (control): 27 personas, las cuales no participaron en el programa y siguieron las rutinas habituales del hospital. Se trata de un ensayo clínico en el que de forma aleatoria, se aplica un programa de educación sanitaria a un grupo de padres para comparar el nivel de conocimiento de éstos, con respecto a otro grupo de padres que siguen las instrucciones médicas habituales del centro. Se aplica al alta un formulario con ocho cuestiones sobre la bronquiolitis, para la evaluación de dichos conocimientos. Se realiza un análisis comparativo a través del estadístico Chi-Cuadrado.

Resultados. En general, ambos grupos supieron responder correctamente a cuatro de las ocho preguntas, pero sólo el grupo empírico supo contestar adecuadamente todas las cuestiones. Con respecto al análisis comparativo, se obtiene que el nivel de conocimientos de los padres que recibieron el programa fue superior, obteniéndose diferencias significativas en 6 de las 8 preguntas del cuestionario ($<0,05$ en cinco preguntas, y $<0,01$ en una).

Conclusiones. Un programa de educación sanitaria dirigido a padres de lactantes ingresados por bronquiolitis es claramente beneficioso, ya que, mejora su nivel de conocimiento y refuerza su papel de cuidadores en la enfermedad de su hijo/a.

O13. LA CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y LA SALUD INFANTO-JUVENIL

Bárbara Rubio Gribble

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

e-Mail: gribble@ono.com

Objetivos. El objetivo de esta comunicación oral es destacar la importancia de la aplicación de la Convención de Los Derechos del Niño (CDN) en el ejercicio de la pediatría. La CDN proporciona un marco de trabajo centrado en el propio niño, tanto en la atención individual como a nivel de salud pública, aplicable a todos los problemas pediátricos y permitiendo mejorar la calidad de vida de toda la población infanto-juvenil.

Metodología. Mediante soporte audiovisual se expondrán los siguientes apartados: 1) Generalidades de la CDN; 2) La importancia de la CDN para

el Pediatra; 3) Problemas de salud infantil que se benefician de un abordaje centrado en los derechos del niño y 4) Ejemplos de cómo utilizar la CDN como marco en los problemas de salud infanto-juvenil.

Resultados. Con esta presentación se pretende ofrecer una nueva perspectiva en el ejercicio de la pediatría utilizando la CDN como marco y herramienta para ofrecer una atención integral y conseguir la equidad en la salud infanto-juvenil.

Conclusiones. A medida que la pobreza y el entorno físico y social en el que se desarrollan los niños van adquiriendo un papel fundamental como determinantes de la salud infantil en el mundo globalizado de hoy, es necesario que el abordaje de la salud infantil tenga como marco la CDN, si queremos ofrecer la mejor salud posible.

Comunicaciones - Póster

Sesión de Comunicaciones

Sesión simultánea de Póster

Viernes 7 de Octubre. 18.30-19.30 h.

Accesos Facultad de Medicina

Moderador: Dr. Enrique Prados Bueno y Dra. Bárbara Rubio Gribble.

P1. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MALTRATO EN ANDALUCÍA. APLICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Isabel María López Contreras, Eva Chocano González, Antonio Manuel Ruiz Molina, Reyes Sánchez Tallón, Juan Luis Santos Pérez, Ana Josefa Pérez Aragón, Lorena María Moreno Requena.

Hospital Materno Infantil (Hospital Virgen de las Nieves)

e-Mail: yeyelop@hotmail.com

Introducción. El maltrato infantil es un problema más frecuente de lo estimado. Muchos de los casos se detectan en el Servicio de Urgencias, dando lugar a su notificación y posterior manejo.

Objetivos. Describir el proceso de notificación en los casos sospechosos de maltrato infantil desde la implantación del Sistema de Información del Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA).

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo basado en las notificaciones SIMIA y partes al juzgado ante sospecha de maltrato infantil desde 2009 hasta la actualidad. Se analizan variables demográficas y características de notificación, grado y tipo de maltrato.

Resultados. El número de registros analizado fue de 110; 54 hombres (49,1%) y 56 (50,9%) mujeres. La edad media fue de 6.1±4.02 años; mediana 5,5. En 53 casos (48,6%) se realizó hoja de notificación SIMIA. En cuanto al profesional notificador de la misma, en el 90,2% es el 5,9% el médico de familia y el 3,9% otros.

De los 110 casos en el 86,4% se especifica el grado de maltrato: 76,8 % leve, 15,8% moderado, 7,4% grave. Respecto al tipo, un 44,9% corresponde a maltrato físico, 4,1% psicológico, 16,3% negligencia y un 30,6% abuso sexual.

En la mayoría de los casos (93,9%) regresaron al domicilio, siendo necesario el ingreso en hospital en 5,1% y en un 1% en otro centro. Sólo en 18 casos se emitió conjuntamente parte de lesiones y SIMIA.

Conclusiones. La notificación y detección del maltrato infantil se ha incorporado como parte de la actividad en Urgencias de Pediatría. No existen

diferencias entre sexos. La mayoría de los casos corresponde a maltrato físico y sexual, siendo el psicológico menos frecuente. No existe concordancia entre parte de lesiones y notificación en SIMIA. Se precisan acciones para mejorar la actuación y notificación ante la sospecha de maltrato

P2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Blanca Santos Ruiz; Pedro Serrano Rodríguez; Jesús Carranza Cañas

Centro de Salud de Pinos Puente. Granada.

e-Mail: peserod@gmail.com

Introducción. Con la llegada a nuestro Centro de Salud de un nuevo profesional encargado de la Consulta de matrona - Educación Maternal y viendo la baja proporción de madres que dan lactancia materna en nuestra población, nos propusimos hacer intervención mas específica para la promoción de la lactancia materna.

Objetivos. El Objetivo del presente trabajo es presentar los resultados estadísticos obtenidos al comparar la proporción de lactancia materna del grupo de pacientes previamente y posteriormente a la intervención específica que se realizó por los profesionales para la promoción de la lactancia y valorar los resultados de la intervención.

Metodología. Realizamos un estudio estadístico en una muestra de niños nacidos en los años 2009 y 2010 en nuestra zona de influencia.

Comparamos estadísticamente los niños nacidos en el año 2009 con los nacidos en el año 2010, teniendo una muestra de 149 niños y 125 respectivamente. En cada uno de los años hicimos dos grupos dependiendo de si asistieron o no a las charlas de educación maternal y se recogieron los siguientes datos:

-Tipo de lactancia en los controles de los 1, 2, 4, 6, 12 y 15 meses.

- Asistencia o no de la madre a las charlas de promoción de lactancia materna. (Educación Maternal).

- Domicilio y otros datos de filiación.

El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas del programa estadístico SPSS. Se realizaron las siguientes comparaciones:

- Diferencias en el tipo de lactancia entre los años 2009 y 2010.
- Diferencias en el tipo de lactancia entre las madres que asistieron a las charlas

educativas y las que no asistieron.

Resultados. Lactancia materna en los años 2009 y 2010: Se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de lactancia materna a los 1, 2, 4 y 6 meses, con mayor frecuencia de lactancia materna en el año 2010. (1 mes: $P=0,057$; 2 meses: $P=0,097$; 4 meses $P=0,014$; 6 meses $P=0,011$). No fue posible la comparación a los 12 y 15 meses al no haber alcanzado la cohorte de 2010 esta edad en el momento de la recogida de datos.

Lactancia materna en el año 2010 según la intervención educativa:

Se encontraron diferencias significativas al analizar la lactancia materna a los 1, 2, 4 y 6 meses con mayor frecuencia de lactancia materna en las madres que habían asistido a las charlas de promoción de la lactancia materna. (1 mes $P=0,017$; 2 meses $P=0,017$; 4 meses $P=0,012$; 6 meses $P=0,035$). No fue posible la comparación a los 12 y 15 meses al no haber alcanzado esta edad en el momento de la recogida de datos.

Conclusiones. Las charlas informativas durante el embarazo y los primeros meses de vida que se realizaron en nuestro centro, resultaron ser un método efectivo para promoción de la lactancia materna en nuestro entorno en los primeros 6 meses de vida. Queda pendiente determinar los efectos de dichas charlas en las cifras de lactancia materna prolongada.

P3. ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN AFRICANA INFANTIL

Ruiz Ramos MJ (1), Hidalgo Calero AB (1), Cubero Millán MI (1), Rodríguez Quesada I (1), Maurici Díez MC (1), Suarez Cardena R (2), Medina Claros A (3)

(1) UGC de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio (Granada); (2) Medicina Familiar y Comunitaria de Distrito Sur (Granada) (3) UGC de Pediatría del Hospital de la Axarquía (Vélez Málaga)
eMail: mjruizramos@gmail.com

Objetivos. Presentamos el análisis de salud realizado en una población infantil africana durante el mes de Agosto de 2010. La población estudio es una muestra de 425 niños de entre 0-16 años de Bodjondé, poblado situado al norte de Togo.

Nuestro objetivo era valorar y analizar el estado de salud de la población infantil y conocer la patología más prevalente en la zona, con el fin de organizar posteriores intervenciones específicas.

Metodología. Durante 10 días un grupo formado por 4 pediatras, una enfermera, un odontólogo y 9 cooperantes, realizamos una historia clínica detallada, somatometría completa, exploración física, odontológica y oftalmológica a un total de 425 niños con edades comprendidas entre los 0-16 años. En la historia clínica se recogen datos sobre la historia perinatal, antecedentes familiares y personales, inmunizaciones y tratamientos previos recibidos.

La somatometría comprende: peso, talla, perímetros cefálico, torácico, abdominal y pliegues bicipital,

tricipital, subescapular y suprailiaco, medidos mediante plicómetro.

La exploración física consta de: Exploración cardiopulmonar, abdominal, otorrinolaringológica, neurológica y dermatológica.

La exploración oftalmológica incluye la visualización del fondo de ojo, Cover Test y optotipos.

La exploración odontológica fue llevada a cabo por el odontólogo. Observó la presencia de fluorosis, el índice de caries, índice de extracciones e índice de obturaciones presentes en la muestra estudiada.

Resultados. Presentamos datos de prevalencia obtenidos sobre otitis media, úlceras de Buruli activas y en proceso de cicatrización, tiñas y hernias umbilicales, que han sido las patologías más destacadas.

Del total de 425 sujetos analizados, 207 eran varones y 218 eran mujeres.

Encontramos una prevalencia de:

- OMA : 3,5%
- Úlceras de Buruli activas: 18,35%
- Úlceras de Buruli en proceso de cicatrización: 29,17%
- Tiñas: 5,17%
- Hernias umbilicales: 42,11%

Conclusiones. Como podemos observar hay una elevada prevalencia de Úlceras de Buruli entre la población infantil. Debido a esto, la intervención de enfermería se orientó al tratamiento de las mismas y la formación del personal sanitario autóctono.

Como hallazgo casual hemos encontrado una alta prevalencia de hernias umbilicales, afectando a casi la mitad de la muestra estudiada.

No podemos presentar los datos obtenidos sobre malaria, parasitosis y disenterías que hemos observado en la población, por no considerar fiables los métodos diagnósticos utilizados, ya que no disponíamos de una infraestructura y material adecuados para el diagnóstico de dichas patologías.

P4. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE MENORES (UPAIM) DEL PONIENTE ALMERIENSE: COMISIÓN DE CASOS DE PUEBLA DE VICAR, ANÁLISIS DE LOS DATOS

I. Ortiz López; M.R. Fernández Fernández; R. Luján Jiménez; J.M. Fernández Segura; M.M. Crespo López-Sánchez; A.R. Sánchez Vázquez

Distrito Sanitario de Atención Primaria Poniente de Almería. Ayuntamiento de Vélez. Hospital de Poniente.

eMail: isorlo@hotmail.com

Objetivos. 1. Evaluar los casos incluidos en la Comisión de seguimiento de Puebla de Vélez, desde su constitución en Enero del 2010 hasta la actualidad, según variables socio-demográficas, puerta de entrada y motivo de derivación. 2 Valoración del impacto que ha tenido el seguimiento y las intervenciones realizadas en la evolución de los casos así como la eficacia de la coordinación inter-nivel e intersectorial.

Metodología. Análisis descriptivo retrospectivo de los casos. Se revisa la base de datos donde se recogen de forma sistemática las distintas variables a analizar, así como las observaciones y anotaciones que se aportan en las reuniones de la comisión.

Resultados. Objetivo 1: Número total de casos es de 41. El 14,6 % son menores de un año, el 46,3% tienen 1 y 5 años y el 39 % es mayor de 5 años. Según el país de procedencia destacar que el 41,46% son de Marruecos y el 46,34 % de España. La barrera idiomática estaba presente en el 46,3 % de los casos. La puerta de entrada fue por consulta de A.P en el 39 %, seguido por SSCC en el 26,83%. El motivo de entrada fue la sospecha de maltrato en un 65,85%, factores de riesgo en el 90,24% y conductas problemáticas en el 29,27%. A destacar que el 90,24 % de los casos tenían sospecha de maltrato y factores de riesgo asociados. Objetivo 2: En el 42 % de los casos la intervención ha sido buena en función de la consecución de los objetivos marcados, en el 49% de los casos están en reevaluación. El resto de casos se han trasladado de municipio. La coordinación ha sido buena en el 83%, no ha existido retroalimentación en el 17% de los casos.

Conclusiones. 1. Las variables socio demográficas reflejan la composición de la población del poniente almeriense, no parece marcar diferencias el país de origen para ser un menor en riesgo. 2. La recogida sistemática de los casos en una base de datos es un control de calidad de las intervenciones, ayuda a evitar pérdidas de casos y favorece la generación de información y conocimiento de los casos. 3. La incorporación de los SSCC a la comisión de seguimiento, contribuye a mejorar el seguimiento de los casos, la coordinación y por tanto la eficacia de las intervenciones que se lleven a cabo, pero es necesario fomentar la coordinación con el 2º nivel de intervención, ya que allí donde no ha existido retroalimentación, correspondían a casos que estaban siendo tratados en un 2º nivel de intervención, donde el desconocimiento del mismo puede llevar a duplicidades de actuaciones, a mensajes encontrados, ya que consideramos que el feed-back de la información sería un elemento facilitador de la intervención llevada a cabo en otro nivel.

P5. ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES EVALUADAS POR LA COMISIÓN DE CASOS DE HOSPITAL DE PONIENTE. UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE MENORES DEL PONIENTE ALMERIENSE (UPAIM)

M.D López Barranco; R. Montoya Martínez; A. Calcerrada Labrador; AR Sánchez Vázquez; Diego Gómez Gómez; A. Martínez Angulo
Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente
e-Mail: anarasasanchez@terra.es

Objetivos 1.- Evaluar los casos seguidos en la comisión de casos del Hospital de Poniente, conocer las características poblacionales e impacto de la inmigración 2.- Conocer las situaciones de riesgo o maltrato en la población menor de 18 años de edad.

3.- Analizar los niveles de gravedad, las diferencias poblacionales y las situaciones y tipología del maltrato infantil. 4.- Evaluar la eficacia de la coordinación.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos notificados a la UPAIM en el año 2010 y el primer semestre del 2011. Se revisan formularios de entrevistas a padres, e historias clínicas y sociales de la UPAIM. Se analizan variables socio-demográficas: país de origen, zona de procedencia, factores de riesgo, tipología, gravedad del maltrato y la coordinación interniveles e intersectorial.

Resultados. 1º objetivo: En 2010 se evaluaron 116 casos y en el primer semestre de 2011, 88 casos. La mayoría de los casos evaluados eran menores de un año (62% y 53%). El 65% de las notificaciones se realizaron en población inmigrante, el país mayoritario sigue siendo Marruecos (34%; 32%) y en segundo lugar Rumania (15%), los municipios de origen de la población evaluada son Roquetas de Mar y El Ejido, zonas con un alto porcentaje de inmigrantes. En este periodo de tiempo hemos notado una disminución de las notificaciones de menores inmigrantes respecto a otros años.

2º Objetivo: El 53% de las notificaciones fueron por evidencia o sospecha de maltrato, sin embargo al evaluar el total de casos se objetivaron indicadores de riesgo en un 73%. Otros motivos de consulta fueron por 20% necesidad de información, asesoría o apoyo social en un 20% de los casos, enfermedades crónicas o discapacidad en un 5%. El tipo del maltrato más frecuente en 2010 en nuestra zona fue el prenatal con un 41%; aunque en 2011 objetivamos un importante descenso (18%), seguido del abuso sexual (15,4%, 12,5%) y la negligencia (12,6%) el maltrato físico y psicológico representan un 3%. Los indicadores de riesgo más frecuentes fueron riesgo social (30% y 20%) y riesgo en salud. Del total de Notificaciones se cumplimento SIMIA en un 30,5% en 2010 y 22,5% en el primer semestre de 2011.

3º Objetivo: en cuanto a la gravedad del maltrato, del total de los SIMIAS realizados fueron leves (27%/40%); moderados (30%/35%) y graves (23%/25%). La tipología de maltrato más frecuente en población inmigrante es el maltrato prenatal seguido de la negligencia o abandono. Destacar que el abuso sexual se detecta principalmente en menores españoles.

4º Objetivo: En todos los casos se ha realizado una evaluación del entorno social, entrevista con la familia, con AP, SS comunitarios, establecido un diagnóstico de situación en todos los casos se realiza un informe en todos los casos: a) Los casos en los que se cumplimenta SIMIA (26 en 2010 y 20 en primer semestre de 2011) se realiza un Informe a Servicios sociales comunitarios o Servicio de protección de menores (según la gravedad) y otro informe de continuidad de cuidados para AP. b) los casos con factores de riesgo o algún indicador de sospecha en los que inicialmente no se cumplimenta SIMIA se elaborado en todos los casos un informe

para los Trabajadores Sociales de salud (ó Comisión de casos) quienes continúan el seguimiento y la evolución de los menores y su familia. Cada 3 meses, (si previamente no se ha obtenido información) se establece un seguimiento telefónico para valorar la evolución de todos los casos derivados.

Conclusiones. En nuestro área de influencia continua siendo el maltrato prenatal (por falta de control de embarazo. Otros factores de riesgo social) junto con la negligencia las tipologías más frecuentes de maltrato. La menor frecuencia de otros tipos de maltrato en población inmigrante hace suponer que existen diferencias socioculturales en la valoración del riesgo y/o una falta de detección motivado por la barrera idiomática. La intervención con agentes comunitarios de salud es un factor clave, en zonas con gran porcentaje de población inmigrante.

-El menor porcentaje de negligencia con respecto a lo referido en la bibliografía, puede ser debido a la inclusión de los casos leves como situaciones de riesgo social o de riesgo en salud que precisan un seguimiento en la comunidad.

- El análisis de los datos orienta las actuaciones de la UPAIM hacia nuevos puntos de mejora, objetivos y retos que es necesario asumir para mejorar la atención integral de la población infanto-juvenil y fomentar la prevención primaria del maltrato.

-Es imprescindible la formación profesional para facilitar la detección de situaciones de riesgo o sospecha de maltrato y es esencial la existencia de protocolos comunes, guías y clasificaciones que disminuyan la variabilidad en la interpretación de los indicadores y la uniformidad de criterios.

- Destacamos la eficacia de la coordinación y de la red para el seguimiento en la comunidad de los menores de riesgo y para conocer, evaluar y obviar los posibles fallos que puedan producirse en los circuitos que se establecen alrededor de los menores.

P6. PROYECTO DE MEJORA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN UNA REGIÓN DE SENEGAL. UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE DESARROLLO

Benítez Robredo T*, Rubio Gribble B**, Diop A*** y Rodríguez Sánchez A*.

*Instituto de Salud Pública de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. España.**Hospital de Getafe. Madrid. España. ***Centro de Salud Comunitaria de Badian. Senegal.

e-Mail: benitezrmt@madrid.es

Objetivos. La mejora de la salud materno-infantil es uno de los principales objetivos de desarrollo del milenio.

La salud en Senegal presenta los problemas comunes a países en desarrollo, con tasas muy elevadas de mortalidad infantil (59/1000) y de mortalidad materna (980/100.000). Sólo el 52% de los partos son atendidos por personal especializado. Estas cifras son para el conjunto del país pero en las zonas rurales son mucho peores.

El objetivo de este trabajo es presentar el proyecto de desarrollo integral que se está llevando a cabo en una zona rural del sudeste de Senegal (región Bassari)

Metodología. La construcción en 2003 de un campamento de ecoturismo en el poblado de Badián ha generado desarrollo en la zona y puestos de trabajo fijos. A partir de aquí se está llevando a cabo un proyecto de desarrollo integral en la región: construcción de pozos y escuelas, apoyo a la escolarización con becas de estudios, de alimentos, suministro de material educativo y deportivo, alfabetización de adultos, apoyo a las mujeres de los poblados, la mayoría analfabetas, para la creación de pequeñas empresas y cooperativas, etc. En 2009 se ha puesto en marcha un Centro de Salud Comunitaria. Se presentan las actividades realizadas para la puesta en marcha del proyecto y los resultados obtenidos hasta el momento.

Resultados. Desde la puesta en marcha del proyecto se ha contratado una enfermera/matrona, experta en salud comunitaria, se ha construido un centro de Salud Comunitaria (CSC), se ha realizado una encuesta poblacional para conocer el estado de salud de la población, se ha elaborado un Programa Educación para la Salud y un Programa de Salud Escolar. Se está consiguiendo una mejora de la atención materno-infantil en la región. En el CSC se atiende a mujeres de más de 20 poblados diferentes. En 2009 y 2010 se han realizado 2208 consultas, con 263 controles de embarazo (CPN) y se han atendido 54 partos (22 a domicilio y 32 en el CSC). Se está poniendo en marcha un programa de nutrición.

Conclusiones.

- El turismo puede ser útil para acercar el conocimiento de los problemas de los países menos adelantados y promover acciones de desarrollo.
- Una perspectiva integral favorece la eficacia de las intervenciones de cooperación al desarrollo.
- Para asegurar el éxito de las intervenciones, es imprescindible contar con la participación de la población.

P7. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN EL AUMENTO DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL ROTAVIRUS

De la Hera Merino, Marta*; Asís González, Irene*; Carbonell Muñoz, Lucía**; Marín Barba, Catalina***

*Enfermero Interno Residente de Pediatría; ** Enfermera Pediátrica del C.S. El Soto, Móstoles; ***Pediatra

Hospital Universitario de Móstoles

e-Mail: arwen.mhm@hotmail.com

Justificación. El rotavirus pertenece a la familia Reoviridae causante de gastroenteritis aguda. La transmisión es de tipo fecal-oral, destacamos la importancia de una higiene adecuada como medio de prevención.

En nuestro país, la gastroenteritis por rotavirus afecta prácticamente a todos los niños antes de cumplir los 5 años, condicionando un número importante de consultas médicas y hospitalizaciones, originando un elevado consumo de recursos económicos. Este tipo de diarrea, mediante un tratamiento adecuado, no conlleva complicaciones graves en nuestro medio.

Disponemos actualmente de dos vacunas frente al rotavirus: la monovalente humana atenuada y la pentavalente bovina humana recombinante/reasortante, en venta desde marzo y julio de 2006, respectivamente, ambas de administración oral.

El Comité Asesor de Vacunas (CAV) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) desde el año 2007 refleja la existencia de las vacunas frente al rotavirus, indicando que sería pertinente la vacunación, cuando los padres o los pediatras lo considerasen oportuno. En 2008, se incluye, en las recomendaciones de Calendario vacunal de la AEP, la vacuna frente al Rotavirus debido a que la OMS promueve la universalización de la misma.

Desde este momento los profesionales sanitarios del C.S. El Soto informan acerca de las sugerencias de la AEP. En Marzo de 2010 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa del hallazgo de fragmentos de ADN PCV-1 en la monovalente humana atenuada. Se continúa entonces la vacunación mediante la pentavalente. En junio de dicho año se detectan fragmentos del mismo tipo de ADN en esta última, por lo que se paraliza la vacunación frente al rotavirus.

No será hasta Noviembre de 2010, cuando la AEP y la AEMPS comuniquen la libre comercialización de la vacuna pentavalente sin riesgo para los niños, se inicia de nuevo la vacunación.

Objetivos. Conocer la evolución de la cobertura vacunal frente al rotavirus, en el Centro de salud de El Soto, desde el inicio de su comercialización en España. Valorar la efectividad de una estrategia de educación en el aumento de la cobertura vacunal.

Metodología. Estudio descriptivo transversal retrospectivo. La población a estudiar, estaba formada por los niños nacidos entre el 1 de Abril de 2006 y 31 de Mayo de 2011, incluidos en el programa del niño del Centro de Salud El Soto de Móstoles, Madrid.

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias de los niños incluidos. Las variables tenidas en cuenta han sido: fecha de nacimiento, sexo, orden de nacimiento, procedencia, pediatra asignado y si han recibido o no la vacuna frente al rotavirus, y el tipo de la misma.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables, presentándose la distribución de frecuencias de las mismas y se evaluó la asociación, mediante el test de χ^2 , de la cobertura vacunal con respecto a la procedencia, pediatra asignado y número de hijo.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 16.0.

Resultados. El total de niños que acudieron a revisiones desde Abril de 2006 a Mayo de 2011 fue

588 (48.5% niñas, 51.5% niños). Un 19.9% eran hijos de inmigrantes. Un 67.8% eran primeros hijos, 27.2% segundos y un 5% eran terceros o sucesivos.

El 34% recibió la vacuna del rotavirus (83% tipo monovalente, 16.5% pentavalente y 0.5% pauta mixta). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre cobertura vacunal frente a rotavirus, de población inmigrante y población local (7% en los primeros y un 39.7% en los segundos). Cobertura vacunal de vacunación sistemática, en población española 99% y 98.15% en extranjeros. No encontramos diferencias al asociar el porcentaje de vacunación con el orden de nacimiento.

La cobertura vacunal, frente al rotavirus, del año 2006 fue del 1%, del 14.6% en 2007, 62% en 2008, 66.2% en 2009, 13.3% en 2010 y 28.6% en el primer semestre del 2011. Desde la inclusión de la vacuna del rotavirus en las recomendaciones 2008 del calendario vacunal de la AEP, el pico de mayor cobertura fue en el 1^{er} trimestre de 2009 con un 86.48% y el de menor el 2^o de 2010 con un 0%. Encontramos diferencias significativas al asociar la cobertura vacunal y el pediatra asignado.

Los trimestres que mayor influencia tuvieron de hijos de población inmigrante fueron el 4^o de 2007 y 2010 con un 27.77% y un 30.43% respectivamente, el 3^o de 2008 con un 30% y 2^o de 2011 con 29.41%.

Conclusiones. Existe un claro aumento de la cobertura vacunal desde el momento en que los profesionales sanitarios, apoyados por las recomendaciones de la AEP y la OMS, ponen en conocimiento de la población los beneficios de la vacuna frente al rotavirus. Dan así la posibilidad de decidir la inclusión de dicha vacuna en el calendario vacunal de sus hijos.

Destacamos la ralentización del aumento de la cobertura vacunal desde la vuelta al mercado de la vacuna, tras el episodio relacionado con el circovirus, debido a que actualmente solo un profesional del centro de salud continúa entregando información.

La cobertura vacunal en población inmigrante se mantiene en el mismo porcentaje que en la población autóctona exceptuando la vacunación frente al rotavirus. Esto se puede atribuir al nivel socioeconómico (ya que la vacuna ronda los 180 Euros) y/o cultural (desconocimiento).

Queda demostrado que la cobertura es muy variable dependiendo de la información entregada por los profesionales sanitarios y de la situación económica, social y cultural de las personas.

P8. BODY ART Y SUS CONSECUENCIAS

J. García Pérez – J. A. Díaz Huertas - J. Lirio Casero
Hospital Universitario Niño Jesús
e-Mail: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org

Introducción. La henna se obtiene de las hojas y flores del arbusto Lawsonia. El polvo que se obtiene de ellas es mezclado con distintos productos hasta formar una pasta que se aplica en la piel durante varias horas. A mayor tiempo de aplicación, más

negro es el color que se obtiene de ella. Esta pasta linera ácido hennotánico que tiene alta afinidad por la queratina de la piel. También es usado en tinte de pelo y uñas.

Estos tatuajes de henna natural cuyo color es marrón rojizo, se realizan observándose escasos efectos secundarios, desde el punto de vista alergológico, desde hace 9000 años en muchos países, principalmente a aquellos pertenecientes al mundo árabe e hindú, motivada por ritos tradicionales y religiosos. En los últimos años se está introduciendo en países de Europa y EE.UU, principalmente en lugares turísticos y en época estival. Su uso viene motivado por el simple adorno y se ha extendido a niños por ser un modo de tatuaje incruento, natural y temporal. La henna utilizada en este ámbito suele llevar aditivos que dan un color más oscuro al tatuaje, abrillantan el color y lo hacen más permanente y aceleran el tiempo de fijación. Estos tatuajes causan cada vez más dermatitis de contacto por los agentes químicos que llevan en su composición, no siendo éste el único efecto nocivo que son capaces de causar.

Pacientes y Métodos. Caso 1. Niño de 13 años de edad, sin antecedentes personales de atopia, que a las 10 horas de realizar un tatuaje de henna negra inicia prurito, pápulas y vesículas en la zona de aplicación. El paciente refiere tatuaje previo con la misma sintomatología (Fig. 1).

Caso 2. Niño de 9 años de edad, con antecedentes de alergia al polen, presentó a las 2 semanas de realizarse un tatuaje con henna negra eritema y vesículas en zonas de contacto (Fig. 2).

Se llevaron a cabo pruebas cutáneas en prick con henna natural y comercial al 1% en agua y pruebas epicutáneas con la batería estandar, española y europea, de contactantes y las baterías de compuestos derivados del grupo para (derivados del ácido para-aminobenzoico-PABA-) y colorantes textiles así como henna natural y comercial al 10% en vaselina, con lectura a las 48 y 72 horas.

Resultados. Las pruebas epicutáneas mostraron resultados positivos con p-Metilaminofeno, p-Aminobenceno, p-Fenilendiamina y p-Toluenodiamina en ambos pacientes. Además, el paciente 1 tuvo positividad con benzocaína, hidroquinona, isobutil p-Aminobenzoato y Amarillo 1 y Naranja 1 dispersos. El paciente 2 con Rojo 1 y Naranja 1 dispersos. En ambos casos el prick y las pruebas epicutáneas con henna fueron negativas.

Discusión. Presentamos dos niños con dermatitis de contacto tras tatuaje de henna negra debido a los aditivos añadidos a la henna natural, como la para-fenilendiamina (PPD).

La PPD puede actuar como mecanismo de hipersensibilidad tardía pero también inmediata con urticaria, angioedema e incluso disnea. También tiene efecto tóxico e incluso carcinógeno. Se han descrito casos de eritema exudativo multiforme debido a tatuaje por henna.

Los tatuajes de henna, naturales en sus países de origen, están en nuestro medio compuestos por

productos químicos que mejoran sus propiedades pero que son altamente sensibilizantes como la PPD. Tanto es así, que este tipo de tatuajes ha resultado ser, en un estudio retrospectivo en un centro británico, la causa más frecuente de dermatitis de contacto por PPD en niños entre 5 y 10 años. Este riesgo de sensibilización aumenta con el tiempo de contacto con la piel y con el aumento de la concentración del producto. Los diaminotoluenos están permitidos por la Unión Europea en su aplicación en el pelo a una concentración del 6% y prohibido en tintes de pestañas, cejas y piel. Sin embargo, estas normativas no se cumplen ya que existen tintes comerciales que superan esta concentración y su uso no está limitado al cabello.

Estos tatuajes "temporales", pueden dejar hipopigmentación residual postinflamatoria que en ocasiones es permanente. También existe la posibilidad de hiperpigmentación e incluso de cicatrices queloides residuales, también permanentes.

La sensibilización a la PPD que ocasionan tampoco es temporal, debiendo el paciente evitar no sólo este producto sino aquellos con los que pueda existir reactividad cruzada. La PPD se encuentra en tintes permanentes de peluquería, tintes de ropa, cuero y piel, tinta de fax e impresoras, aceites diesel, grasas, gasolina, etc... Además, puede presentar reactividad cruzada con tintes semipermanentes de cabello, tintes textiles azo o disperse así como otros colorantes químicos, cremas fotoprotectoras con PABA (paraminobenzoico) y otros parabenos, ácido para-aminosalicílico y raramente medicamentos como las sulfonamidas, sulfamidas, sulfonilureas y anestésicos locales caínas (benzocaína, procaína). Esto explicaría las múltiples positividads encontradas en las pruebas epicutáneas realizadas a los casos.

Conclusión. Debería restringirse el uso de estos tipos de tatuajes de henna falsamente presentados como naturales y temporales, haciéndose necesaria una regulación de su composición.

P9. PERFORACIONES CORPORALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

J. García Pérez – J. A. Díaz Huertas - J. Lirio Casero
Hospital Universitario Niño Jesús
e-Mail: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org

Introducción. La perforación se está extendiendo progresivamente entre los adolescentes españoles de ambos sexos, con especial rapidez en la década actual debido a su difusión entre los cantantes y miembros de grupos musicales, modelos, actores, deportistas, etc... La moda de la perforación conocida por el término inglés "piercing", no está exenta de complicaciones y riesgos potencialmente muy peligrosos que los pediatras debemos conocer para su correcto tratamiento y para asesorar a padres y adolescentes.

Resultados. La perforación o anillado corporal suele aplicarse en zonas descubiertas (pabellones

auriculares, alas de nariz, cola de las cejas, labio inferior) y en el ombligo, siendo infrecuentes otras localizaciones (lengua, pezones, genitales). Dentro del pabellón auricular conviene distinguir la perforación de los tejidos blandos (especialmente el lóbulo) de la que afecta al oído cartilaginoso (del helix habitualmente).

Las complicaciones derivadas de la perforación pueden obedecer al empleo de técnicas incorrectas o sin una rigurosa asepsia, a la elección de una zona inapropiada o por la que discurren nervios o vasos sanguíneos, al uso de materiales inadecuados tanto por sus características físicas, como por su composición metálica, o a la falta de cuidados de la zona perforada, entre otras.

Las complicaciones infecciosas revisten especial gravedad, sobre todo las generales: SIDA, Hepatitis B y C, sepsis, shock tóxico, glomerulonefritis, postestreptocócica, endocarditis infecciosa, tétanos, etc... Las infecciones locales difieren según el lugar de la perforación, ya que, en el pabellón auricular, las que afectan al lóbulo suelen estar producidas por estafilococos y estreptococos mientras que las que incluyen cartílago conllevan con más frecuencia la aparición por *Pseudomonas* y suelen ser más graves (pericondritis, absceso, necrosis del cartílago), los anillados de zonas cubiertas, como el ombligo, frecuentemente sufren infecciones por *Candida*. Aparte de una posible infección, la perforación labial puede perforar conductos de glándulas salivales y desencadenar en un babeo incontrolado, por otra parte el anillado oral puede ocasionar dificultades en el habla, fractura dental (al ser mordido accidentalmente) o daño en las encías (roce).

Dentro de las complicaciones no infecciosas hay que descartar la dermatitis de contacto y sensibilizaciones a metales (níquel, oro, mercurio), cicatrices queloides, pseudolinfoma, granuloma sarcoideo y deformidades locales.

Discusión. Si un adolescente o sus padres nos solicitan asesoramiento respecto a la perforación auricular, la más frecuente, deberemos aconsejar que se realice fuera de los meses de verano, en condiciones de asepsia, con material de un sólo uso, que se evite afectar a cartílago y se preste un especial cuidado de la zona durante el mes posterior a la perforación, acudiendo a la consulta ante la aparición de signos o síntomas sugerentes de infección o complicación.

Conclusiones. Podemos considerar la perforación corporal como una práctica que ha de ser objeto de adecuadas medidas de salud pública y de regulaciones legales destinadas a conseguir que estas técnicas se apliquen en locales preparados a tal fin, empleado instrumental, material y métodos estériles en condiciones de asepsia, por personal entrenado que deberá proporcionar una información por escrito y detallada de los cuidados que deben observar los clientes y de la indicación de acudir al pediatra en caso de aparecer cualquier efecto nocivo. En Estados Unidos (Oregón, Texas, California, Maryland,...) ya existen normas legales al respecto,

llegando a requerir consentimiento paterno cuando la perforación se realiza a un menor. En España no existe regulación específica y cualquier aficionado puede dedicarse a perforar y anillar personas, incluso en la misma calle, con el peligro que conlleva.

P10. EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA SOBRE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA COMO MEDIDA DE SEGURIDAD EN PERIODO NEONATAL

Asís González, Irene*; de la Hera Merino, Marta*; Carbonell Muñoz, Lucía**; Carbonell Muñoz, Mercedes**; Fernández Lago, M^a Rosario**; López Megías Elena**.

*Enfermero Interno Residente de Pediatría; ** Enfermera Pediátrica del C.S. El Soto, Móstoles
Centro de Salud El Soto de Móstoles.
e-Mail: irene_asis@hotmail.com

Justificación. Actualmente entre un 75%-90% de las madres inician lactancia materna. Por múltiples factores (presiones familiares, inexperiencia e inseguridad, desconocimiento de la técnica y dificultad para acceder en ocasiones a los profesionales de Atención Primaria), muchas abandonan su objetivo de amamantar en los primeros días. El fomento de la lactancia materna es una de las herramientas más útiles y económicas, de las que contamos en Atención Primaria, para contribuir a la salud y bienestar de las madres y al correcto desarrollo de los bebés. El alta hospitalaria, después del parto, se suele producir entre las 48-72 horas. Se recomienda la valoración, por profesionales de pediatría experimentados, a los 2-3 días del alta para detectar signos de amamantamiento inadecuado, complicaciones y evitar abandonos precoces de la lactancia materna.

En nuestro Centro de Salud, la primera visita, coincidiendo con la toma de muestra para el cribado de fenilcetonuria, la realizamos las enfermeras pediátricas entre el 5^º-10^º día. En múltiples ocasiones, esta visita se retrasa (impedimentos burocráticos, registro del recién nacido, inscripción al Seguro de salud...) agravándose esta situación en los hijos de inmigrantes.

En nuestras consultas, durante el año 2010 en el 53% de los recién nacidos, la primera visita se realizó a partir del octavo día de vida, y en un 3% con quince o más días. Desde Marzo de 2011, los Enfermeros pediátricos, planificamos medidas para adelantar la visita a las 48-72 horas del alta (participar en clases prematernales impartiendo sesión de cuidados neonatales; facilitar la accesibilidad aun cuando los trámites burocráticos no estén finalizados...).

Objetivos. El objetivo del estudio es evaluar el porcentaje de bebés valorados a las 48-72h desde el comienzo de la estrategia para adelantar la primera visita y los factores relacionados con el cumplimiento o no de dicho objetivo.

Metodología. Estudio descriptivo transversal. La población a estudiar fueron los recién nacidos asignados al Centro de Salud EL Soto (Móstoles),

entre Marzo-Junio de 2011. Realizamos análisis descriptivo presentándose distribución de frecuencias de las variables. Analizamos mediante el test de χ^2 la influencia de las variables paridad, tipo de parto, hospital de nacimiento, sexo del bebé, asistencia a clases prematernas y enfermero asignado, sobre el porcentaje de visita en las 48-72h.

Resultados. El total de niños asignados fue 50. El 54% eran niños y un 46% niñas. El 50% de los bebés eran el primer hijo. En el 66% de los casos el parto fue eutócico, el 8% distócico y el 26% cesárea. El 30% de las madres asistieron a la sesión de cuidados del recién nacido impartido por el personal de Enfermería, en el programa de preparación al parto. El alta hospitalaria se produjo a los 2,65 días de media. En el 48% de los casos se realizó la consulta a las 48-72 horas del alta y en el 24% a partir del octavo día. Encontramos diferencias significativas en la asociación entre niños atendidos en los distintos turnos y valoración en las 48-72h (62.1% del turno de mañana y 28.6% de tarde acudieron entre los días señalados). No encontramos diferencias en la asociación de las variables paridad, tipo de parto, hospital de nacimiento, sexo del bebé y asistencia a clases prematernas y cumplimiento de primera visita a los 2-3 días del alta. El 86% de los bebés tomaban lactancia materna en la primera visita (76% lactancia materna exclusiva y 10% lactancia mixta). El 97,7% de las madres que lactaban, deseaban continuar con lactancia materna.

El 34,9% de las madres que amamantaban, referían problemas con la lactancia (dolor y grietas 86,7%, anomalías en el pezón 6,7% e ingurgitación mamaria 6,7%).

Conclusiones. Después de 4 meses desde la implantación de la medida, no encontramos resultados satisfactorios ya que más de la mitad de las madres-niños, fueron valorados pasado el tiempo previsto. Existe disparidad entre turnos, en el cumplimiento de adelanto de la primera visita, probablemente causada por la escasa experiencia con población pediátrica del enfermero del turno de tarde. Es por eso que vemos necesario remarcar la importancia de un enfermero especialista en pediatría en atención primaria. Es necesario aplicar medidas correctoras para conseguir los objetivos planteados, y potenciar la formación especializada de los enfermeros que atienden a población pediátrica.

P11. LA PRESIÓN ARTERIAL SE ENCUENTRA ELEVADA EN NIÑOS RONCADORES PRIMARIOS

J. García Pérez – J. A. Díaz Huertas - J. Lirio Casero
Hospital Universitario Niño Jesús
e-Mail: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org

El objetivo de este trabajo era comparar la presión arterial en niños sin sobrepeso prepuberales con y sin ronquido, investigar si el ronquido primario es una parte de la respuesta relacionada con los trastornos de la respiración durante el sueño y la presión arterial en niños.

Se organizó un estudio transversal en una serie de 86 niños de edades comprendidas entre 6 y 13 años. Se realizó un estudio de sueño a cada participante y se registró la presión arterial sistólica y diastólica en periodos de sueño y despertar.

Se consideró en los niños hipertensos si la presión arterial se encontraba por encima del percentil 95 (referido al sexo y a la talla de referencia). De los datos obtenidos se concluye que el ronquido primario era un aspecto de la respuesta entre la respiración durante el sueño y la presión arterial y no debe considerarse completamente benigno.

P12. PROBLEMAS DE SUEÑO EN EL SÍNDROME DE DOWN

J. García Pérez – J. A. Díaz Huertas - J. Lirio Casero
Hospital Universitario Niño Jesús
e-Mail: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org

El objetivo de este trabajo era determinar la prevalencia de los problemas de sueño en niños con Síndrome de Down.

Se realizó el estudio en una muestra de 58 niños con Síndrome de Down con rango de edad comprendido entre: 0,65 y 17,9 años (media de 8,6 años).

Se pasaron cuestionarios sobre los hábitos de sueño a los niños. Después de comprobar los resultados los padres contestaron que tenían problemas diversos y generalizados en los niños con Síndrome de Down en edad escolar.

Los pediatras deben preguntar siempre sobre los problemas de sueño en estos niños que muchas veces tienen que tratarse como la ansiedad, las dificultades en el aprendizaje, los trastornos conductuales o las crisis de apnea obstructiva nocturna.

P13. IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS: BROTE DE SARAMPIÓN EN GRANADA

Rodríguez Quesada, Inmaculada; Moreno García, M^a Laura; Valenzuela Molina, Óliver; Romero García, Raquel Rocío; Machado Casas, Irene Sofía.
Hospital Clínico San Cecilio de Granada.
e-Mail: inma_rodriguez166@hotmail.com

Introducción. El sarampión es una de las enfermedades infecciosas más contagiosa conocida y continúa siendo una de las principales causas de mortalidad entre niños, habitualmente por sus complicaciones, a pesar de existir desde hace 40 años una vacuna segura, efectiva y barata para prevenir la enfermedad. La OMS estima que en el año 2006 murieron por esta enfermedad 242.000 personas, la gran mayoría niños, menos de 1.000 en la región europea. Se ha producido un descenso de un 68% de la mortalidad por sarampión en el mundo en 2006 con respecto al año 2000, y de un 91% en el caso de África. En el año 2003 se realizó en la Región Europea de la OMS la revisión de la situación y como consecuencia se retrasó la fecha de eliminación del sarampión autóctono de la región para el año 2010,

previamente establecida en 2007, ante las dificultades de algunos países de poner en marcha los planes nacionales de eliminación. Los países miembros de la región establecieron planes nacionales de eliminación del sarampión autóctono, entre ellos España, que lo hizo en el año 2001 con el objetivo de eliminación puesto en 2005; objetivo que no ha llegado a cumplirse, y ejemplo de ello es el brote de sarampión iniciado en octubre de 2010 y que a continuación se detalla.

Objetivos. Se pretende describir y analizar el brote de sarampión ocurrido en la provincia de Granada con comienzo en 2010 así como las causas que provocaron este, el alcance y la repercusión social y legal que ha tenido, destacando así la importancia de la prevención mediante la vacunación universal, que lo podría haber evitado.

Metodología. Se presenta el origen y la evolución del brote de sarampión en Granada a través de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía así como la Sección de Epidemiología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Se analizan posteriormente las causas que dieron lugar al inicio del brote, y su transmisión así como las bolsas de población y los rangos de edades más afectados.

Resultados. Del total de los afectados, la mayoría eran grupos de no vacunación: por un lado bolsas que rechazan la vacunación y por otro lado, niños por debajo de la edad de primera dosis de vacunación y adultos jóvenes que sólo han recibido una dosis de vacuna (puesto que no fue hasta el año 1993 cuando se incluyó una segunda dosis de TV reforzando así la eficacia protectora de una única dosis instaurada ya en el año 1981). Se enumeran las medidas llevadas a cabo para el control del brote: el protocolo de alerta epidemiológica así como la necesaria implicación del estamento judicial (hasta entonces sin precedente en nuestro país), para obligar a la vacunación de aquellos niños cuyos padres no estaban de acuerdo.

Conclusiones. A la vista de los resultados, cabe destacar la importancia de la vacunación en la prevención de la enfermedad. Es en estos casos en los que reaparecen brotes importantes de enfermedades ya controladas, cuando surge el replanteamiento de la no obligatoriedad de la vacunación puesto que la libertad de no vacunación de unos pocos, influye en la salud pública del resto, con unos límites mucho más amplios de los que cabe imaginar dada la mayor movilidad de la población. Cabría plantearse también, si la desinformación y el desconocimiento en aquellas bolsas de población que eligen la opción de no vacunar, son las principales razones para estas decisiones y cómo el pediatra podría modificar las mismas. Por otro lado, habría que preguntarse si sería útil la planificación de un calendario vacunal universal a nivel nacional que unificara las estrategias de todas las comunidades autónomas.

P14. EL SARAPIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN INTERNACIONAL

M. Tribak, R. Rodríguez Belmonte, L. Marín López, R. Tesse, A. Muñoz Hoyos.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

eMail: mimette11@hotmail.com

Introducción. En 2010 Granada sufrió un importante brote epidémico de Sarampión en cuyo inicio estuvieron implicados varios factores psico-sociales como por ejemplo las corrientes en contra de la vacunación sistemática. Cuando esta enfermedad parecía casi erradicada, un brote epidémico de este tipo muestra lo vulnerable que puede ser nuestro sistema de salud cuando la información y la educación no llegan a toda la población por igual y nos planteamos cuál será la situación en otros puntos del mundo con respecto a esta enfermedad.

Objetivos. Conocer el estado actual de control del sarampión en otros países europeos y americanos a través de los medios de comunicación.

Valorar cómo se transmite la información en temas de salud a través de la prensa en otros países semejantes al nuestro a nivel de desarrollo.

Métodos. Se ha realizado una búsqueda en la prensa internacional consultando los medios informativos más importantes de los principales países afectados por brotes de Sarampión intentando conocer el impacto de los mismos y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para frenar su progreso.

Se limita la búsqueda al último año. Se selecciona la información relevante para valorar las diferencias con lo referido en prensa española.

Resultados. El pasado mes de Enero, Kofi Annan decía que a pesar de que la mortalidad por Sarampión se ha reducido cerca del 80% en todo el mundo, ésta enfermedad sigue infectando a 30 millones de niños al año y matando a 450 personas todos los días. Por ello se dirigió al comité ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, animando a trabajar más para hacer que el Sarampión sea historia, y fijar la fecha para su erradicación en el 2020. Según la página oficial de la ciudad de Marsella, en los 3 primeros meses del año 2011 se han declarado 1229 casos de Sarampión, de los cuales 4 casos complicados por encefalitis, 30 casos complicados por neumopatía y un caso con complicaciones intestinales. En los años 2006 y 2007 sólo se han declarado unas decenas. Ésta situación – calificada de preocupante– se achaca a una cobertura vacunal insuficiente, por lo que el gobierno regional insiste en la seguridad de la vacuna, en la importancia de administrar dos dosis de la misma y recuerda a los ciudadanos de que la vacuna es financiada al 100% para los menores de 17 años y al 65% para los que superan esa edad.

Según el BBC-News, en Inglaterra y Gales, la Agencia de Protección de la Salud ha registrado 334 casos de Sarampión sólo en los primeros 4 meses del 2011, la mayoría de ellos son jóvenes de menos de 25 años que no han sido vacunados. La Agencia de protección de Salud recuerda que el Sarampión es serio y en algunos casos puede ser fatal, advirtiendo

a los padres y a los adultos jóvenes sobre la importancia de la inmunización.

Según el MARKENPOST, en los 4 primeros meses del 2011 se han notificado 400 casos de Sarampión en Alemania falleciendo en Munich un joven de 26 años por contraer el virus. Los médicos y las organizaciones sanitarias achacan éste dramático ascenso de los casos de Sarampión a una protección insuficiente por fallo de la vacunación universal.

El pasado 6 de Mayo, un artículo del TAGES ANZEIGER (periódico de Zurich) relataba que en Suiza y Alemania se esperaba erradicar el Sarampión pero sólo en los primeros 4 meses del 2011 se han notificado 337 casos, la mayoría en la zona de "Bâle" donde existe una importante comunidad anti-vacunas. En Ginebra se han registrado 158 casos, debidos a la cercanía con Francia.

Según el USATODAY, en los EE.UU. el Sarampión fue declarado erradicado en el año 2000, pero la enfermedad está brotando en todo el país. Desde el pasado Enero hasta el mes de Abril se han declarado 118 casos, de los cuales el 90% no estaba vacunado y el 40% requirió hospitalización por complicaciones. Según el CDC, la mayoría de los afectados importaron la enfermedad de Europa, por lo que dicho centro recomienda adelantar la vacunación de los lactantes que van a viajar al extranjero a la edad de 6 meses.

En España se erradicó el Sarampión a finales de los años 90 pero a partir del 2008 se ha producido un aumento en los casos de Sarampión. En el año 2010 se han producido brotes significativos en Sevilla y Granada, ciudad donde se activó un protocolo de actuación contra el Sarampión y un Juzgado contencioso administrativo ordenó la vacunación forzosa de 35 niños cuyos padres se negaban a la inmunización (por cuestionar la seguridad de la vacuna, o pensar que sus hijos ya están protegidos contra la enfermedad dado que los demás niños están vacunados).

Conclusiones. Las autoridades sanitarias de los países europeos afectados por los brotes de Sarampión coinciden en que el origen del problema es el fallo de la vacunación universal, la relajación en la vacunación (retraso o no administración de la 2ª dosis) y los movimientos antivacuna. Al igual que todas ellas insisten en la seguridad y la efectividad de la vacuna (no evidencia científica de su relación con el autismo). Por lo tanto la vacuna es el camino a la erradicación del Sarampión.

P15. PREVALENCIA DE CARIES EN MENORES INGRESADOS EN UN CENTRO DE ACOGIDA. MEDIDAS PREVENTIVAS TRAS RESULTADOS

Hidalgo Calero AB¹, Garrido Torrecillas FJ² Fernández Pascual R³

¹UGC de Pediatría Del Hospital Universitario San Cecilio, ²UGC Churriana de la Vega, ³departamento Métodos Cuantitativos de la Universidad de Granada.

e-Mail: bissefrois@hotmail.com

Objetivos. Diferentes estudios cifran la prevalencia de caries infantil entre el 25 y el 75% y según la OMS el 60-90% de todos los escolares tienen caries.

Pretendemos estudiar la prevalencia de caries en uno de los principales grupos de riesgo, los menores que ingresan en un Centro de Acogida Inmediata (CAI). Estudiar las características epidemiológicas de la misma. Establecer un programa preventivo de caries infantil en el CAI.

Metodología. Estudio retrospectivo, se revisa el historial médico de todos los menores ingresados en un CAI ubicado en Granada capital durante el periodo 2003-junio de 2011. Se excluyen del estudio los menores de 3 años. Análisis estadístico de los datos con SPSS.

Resultados. 201 menores cumplen criterios de inclusión en el estudio. Distribución de la muestra por edades. Distribución por sexo: niños 47,03% (n=95); niñas 52,48% (n=106). La prevalencia total de caries en los menores ingresados en el CAI es de 66,34% (n=134) destacando que el 33% de los mismos tiene 4 o más piezas cariadas.

No existe diferencia estadísticamente significativa de la prevalencia de caries en función del sexo: niños 63,16% (n=60); niñas 69,81%(n=74). Sí existe diferencia estadísticamente significativa en la función de la edad. La tabla muestra la distribución por edades en la que se evidencia el aumento de caries con la edad.

Conclusiones. La prevalencia de caries en los menores que ingresan en un CAI (66,34%) es superior a publicada en la mayoría de estudios de población escolarizada general.

Destaca el elevado número de caries por menor (33% presenta mas de 4 piezas cariadas) y la gravedad de los mismos.

No existe diferencia estadísticamente significativa en función del sexo, pero sí un aumento estadísticamente significativo en función de la edad. Se derivó a los menores con caries para revisión y tratamiento por odontólogo. Se estableció un programa de prevención de caries con aplicación de flúor mediante colutorio semanal y promoción del correcto cepillado dental a todos los menores que ingresan en el centro.

P16. VALIDACIÓN CULTURAL AL CASTELLANO DE UNA MEDIDA ESPECÍFICA DE CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA (CFQ). RESULTADOS PRELIMINARES DE LA FASE DE VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA

*Anchóriz Esquitino M., **Martínez Cervantes R., **Lozano Oyola JF., **Gómez de Terreros Guardiola M., *Dapena Fernández FJ., *Gómez de Terreros Sánchez I.

*Hospital Infantil HHUU Virgen del Rocío. **Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla

e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivos. El cuestionario CFQ original francés de B. Henry et al. es el único instrumento específico de medida de calidad de vida relacionada con la salud

para niños con fibrosis quística que ha sido validado semántica y psicométricamente. Existen en la actualidad versiones en EEUU (inglés y español, A. Quittner et al.), Brasil (portugués, T. Rozov et al.) y Alemania (alemán, A. Schmidt et al.). Los objetivos de la primera fase del estudio han sido realizar una validación cultural y semántica al español, equivalente a la versión original francesa y comprobar de forma exploratoria sus propiedades psicométricas.

Metodología. Se adaptó el CFQ original francés en sus versiones para niños y padres de 33 y 45 ítems respectivamente, siguiendo un proceso sistemático e internacionalmente consensuado y guiado según el esquema utilizado por la profesora A. Quittner et al. en la adaptación inglesa para EEUU. Se utilizó la metodología de traducción directa e inversa. Se integraron además procedimientos y estrategias de investigación cualitativa que se centran en la "observación directa y participativa" y en la entrevista cognitiva semiestructurada. Las versiones consensuadas del cuestionario se autoadministraron a un total de 28 niños y a sus respectivos padres en dos fases, con el objetivo de comprobar la factibilidad de administración y la comprensión de la versión del cuestionario adaptado. Las dos versiones consensuadas fueron sometidas a un estudio estadístico exploratorio para comprobar la consistencia interna. Al final del procedimiento se obtuvo una versión pretest del cuestionario.

Resultados. La mayoría de los ítems de las dos traducciones de los cuestionarios CFQ-Niños y CFQ-Padres, eran equivalentes aunque en la mayoría de las preguntas había pequeñas diferencias resueltas mediante discusión y consenso. En la primera versión consensuada obtenida, la consistencia interna explorada de las preguntas del CFQ-Padres mediante el alfa de Cronbach (α), ofrece un valor de 0.803 mientras que para las preguntas del CFQ-Niños ofrece un valor de 0.822. En la segunda versión consensuada del cuestionario, la consistencia interna es considerablemente superior al de la 1ª versión (α para el CFQ-Niños igual a 0.905; α para el CFQ-Padres igual a 0.943).

Conclusiones. 1. A un nivel exploratorio, dado el pequeño tamaño de la muestra, estos valores apuntan a una adecuada consistencia interna de cuestionario, que es un estimador de su fiabilidad. 2. La versión española pretest del CFQ-Niños y CFQ-Padres parecen semántica y culturalmente equivalentes a la versión original francesa. La siguiente fase del estudio será la comprobación de la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

P17. SITUACIÓN PERSONAL Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE UNA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL INFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Avilés, I., Anchóriz, M., Lanzarote, M.D., Gómez de Terreros, M., Falcón, D., Neth, O. y Gómez de Terreros, I.

Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Sevilla)
e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivo. Conocer la situación personal y sociofamiliar de los niños, niñas y adolescentes con VIH atendidos en la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla.

Método. El grupo empírico está formado por 18 niños, niñas y adolescentes de 7-16 años (media=11,83) que acuden a consultas externas del mencionado hospital para el seguimiento de su patología. Se ha recogido información de diversas variables familiares y personales a través de una entrevista sociofamiliar, previo consentimiento informado.

Resultados. Encontramos que sólo un 38,9% de los y las menores infectados/as por el VIH viven con sus padres biológicos, siendo un 61,1% adoptado/a o acogido/a, habiendo fallecido alguno de los padres biológicos en un 44,5% de los casos y existiendo toxicomanía o extoxicomanía de los padres biológicos en al menos un 61,1% de los casos. Un 66,7% de los menores no conocía su diagnóstico de VIH y un 11,1% ha desarrollado el SIDA. El nivel de adherencia al tratamiento es adecuado en un 77,8% de los casos y un 72,2 % ha repetido curso escolar alguna vez.

Conclusiones. Según los datos recogidos, se presenta la población infanto-juvenil con VIH como una población de mayor vulnerabilidad para presentar problemas psicológicos, debido a la acumulación de factores de riesgo que presentan: exposición a un proceso de adopción/acogimiento, dificultades en la búsqueda de los orígenes, enfrentamiento a uno o varios procesos de duelo de progenitores y/u otros familiares y vivencia muy cercana del fenómeno de la droga. Por todo ello, se precisa una evaluación multidimensional que abarque todas las áreas de desarrollo del menor. Es preocupante además el elevado porcentaje que presenta retraso escolar generalizado y la falta de conocimiento de la enfermedad que influye en la adherencia, haciéndose necesario un seguimiento multidisciplinar compuesto por diversos profesionales que atiendan a esta población de manera integral.

P18. PROYECTO EDUCATIVO: LOS DERECHOS SANITARIOS DE LOS MENORES

*Deco Chamorro M., **García González F., **Anchóriz Esquitino M., **Gómez de Terreros Sánchez I.

*CEIP Félix Rodríguez de la Fuente, Los Palacios y Villafranca, Sevilla.

**Aula Hospitalaria y Unidad de Pediatría Social, Hospital Infantil HHUU Virgen del Rocío, Sevilla
e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivos. El Decreto 246/2005 regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

El objetivo de este trabajo ha sido el análisis de la percepción de este derecho por parte de los niños y niñas de un Centro Docente de Educación Infantil y Primaria.

Metodología. El trabajo se enmarca dentro del Proyecto Educativo “Los derechos sanitarios de los menores”, está en relación con el Proyecto “La escuela que queremos” del Centro de Educación Infantil y Primaria Félix Rodríguez de la Fuente y se elaboró a propuesta del Hospital Infantil Virgen del Rocío, tras la celebración del 1º Foro del “Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad de Andalucía”.

El estudio se realizó en varias fases: 1. Lectura del Decreto 246/2005 y de la Guía de atención sanitaria a personas menores (SAS). 2. Análisis en las aulas de los derechos sanitarios mediante entrevistas semiestructuradas, lluvia de ideas, dramatizaciones y dibujos. 3. Realización de dibujos y carteles por parte de los niños y las niñas.

Resultados. 1. La interpretación gráfica de los derechos de las personas menores a través de los dibujos realizados por los niños y las niñas, se adapta a la escenificación previa realizada en las aulas. 2. La elaboración del trabajo constituyó una especial sensibilización e implicación tanto a nivel de los niños, niñas, y sus padres como del profesorado. 3. Se ha obtenido un valioso material expositivo de interés divulgativo en relación a los derechos de las personas menores en materia de salud.

Conclusiones. 1. Los niños y niñas tiene una percepción de sus derechos en materia sanitaria que coincide con los derechos recogidos en el Decreto 246/2005. 2. Es preciso introducirnos en la dinámica de “escuchar” a los menores en la toma de decisiones que les compete. 3. La puesta en marcha en nuestra Comunidad Autónoma del “Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad de Andalucía” incorpora la participación de la infancia en los servicios sanitarios. 4. El material divulgativo elaborado refuerza el objetivo de participación infantil en los ámbitos que le competen.

P19. EVALUACIÓN DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD EN UN GRUPO DE RECIÉN NACIDOS DE RIESGO ELEVADO: ESTUDIO COMPARATIVO A LOS 4, 5 Y 6 AÑOS

Villarín, M., Padilla, E.M., Lanzarote, M.D., Barbancho, M., Rufo, M., Anchóriz, M. y Gómez de Terreros, I.

Hospital Universitario Infantil “Virgen del Rocío” y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Sevilla)
e-Mail: maanes1@hotmail.com

Objetivo. El *objetivo general* de este trabajo consiste en determinar el perfil de las aptitudes y la psicomotricidad de un grupo de niños de riesgo

elevado al nacer –sin lesión establecida a los 3 años-, y su evolución a lo largo de los 4, 5 y 6 años; así como establecer una comparación con un grupo de iguales sin dicho riesgo.

Método. *Participantes:* La muestra está constituida por un total de 111 niños, a los que se les realiza un seguimiento psico-evolutivo a los 4, 5 y 6 años. Se forman dos grupos en función de la presencia o no de riesgo en el nacimiento (Grupo Empírico y Grupo Contraste respectivamente). El GE lo conformaron un total de 57 niños (24 niños y 33 niñas), que ingresaron en la UCI Neonatal del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla durante los años 2002 y 2003 con los diagnósticos de prematuridad (52 niños) o asfisia neonatal (5 niños). La edad gestacional media fue de 32.47 semanas y el peso medio al nacer de 1753.49 grs. El GC estuvo formado por 54 niños (24 niños y 30 niñas), escolarizados en los mismos centros de Educación Infantil que los del GE, pero sin antecedentes de riesgo al nacimiento, con una media gestacional de 39.42 semanas y un peso medio al nacimiento de 3170.30 grs.

Instrumentos. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (MSCA) cuyas áreas son: Verbal, Perceptivo-Manipulativa, Numérica, Memoria y Motricidad; además puede obtenerse un Índice General Cognitivo a partir de las 3 primeras áreas.

Análisis estadísticos: los datos fueron analizados a través del paquete estadístico PASW-18. El estadístico aplicado fue una t-Student para muestras independientes.

Resultados. Los niños del grupo empírico (GE) y grupo contraste (GC) presentan un nivel de desarrollo similar y todas las puntuaciones obtenidas tanto en el *índice general cognitivo* como en las diferentes subescalas se encuentran dentro del intervalo de normalidad; estos resultados se repiten en los tres controles realizados; esto es, a los 4, 5 y 6 años. No obstante, la comparación de las puntuaciones obtenidas por los niños de ambos grupos, arroja diferencias significativas a la edad de 4 años, en las áreas *verbal* ($p<0.05$), *perceptivo-manipulativa* ($p<0.01$), *numérica* ($p<0.05$), *índice General Cognitivo* ($p<0.01$), *memoria* ($p<0.05$), y *motricidad* ($p<0.01$). En todas las medidas citadas la puntuación media del GC es superior a la obtenida por el GE, lo que indica que el GC alcanza un mayor nivel de desarrollo a los 4 años. Los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas a los 5 y 6 años no arrojan diferencias significativas entre los dos grupos para ninguna de las áreas.

Conclusiones. Los niños del grupo empírico (GE) y grupo contraste (GC) presentan un perfil de desarrollo similar durante la etapa que abarca la Educación Infantil (4-6 años). A pesar de ello, las diferencias halladas entre los dos grupos a la edad de 4 años, nos hacen pensar que a esa edad todavía no se ha normalizado “totalmente” el desarrollo de los niños con riesgo elevado al nacimiento que no presentaban lesión establecida a los 3 años.

Tales hallazgos ponen de manifiesto que el seguimiento de niños de riesgo elevado al

nacimiento no debería limitarse a los dos o tres primeros años de vida, aunque no se hayan detectado lesiones durante este período.

A la luz de los resultados obtenidos, dos reflexiones se desprenden de este estudio: la necesidad de optimizar la selección de los grupos controles para esta población de riesgo y la conveniencia de continuar el seguimiento de esta población hasta los 6 años, coincidiendo con el inicio de la escolarización obligatoria. Todo ello con el fin de detectar, de una manera precoz, las posibles dificultades en el desarrollo y poner en marcha las medidas oportunas para optimizar las capacidades y favorecer la integración social de este grupo poblacional.

P20. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL EN ANDALUCÍA (S.I.M.I.A.). NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Laura Pilar Marín López, Inmaculada Rodríguez Quesada, Ana Belén Hidalgo Calero, María José Ruiz Ramos, Isabel Cubero Millán, Mariam Tribak.
Hospital Universitario San Cecilio.
e-Mail: lamarinlo@gmail.com

Justificación. Los malos tratos a la infancia han sido una constante a lo largo de la Historia, aunque no es hasta mediados del siglo XX cuando comienzan a ser descritos por la comunidad científica, con el término “Síndrome del Niño Apaleado”. Se manifiesta paralelamente una progresiva sensibilización hacia la importancia de proporcionar un buen trato a la infancia de acuerdo a sus necesidades, una mayor valoración del lugar social y cultural que ocupa y la afirmación de los derechos que le corresponden. La propia evolución de la sociedad ha permitido que la noción de maltrato deje de tener un carácter restrictivo, asociado exclusivamente al castigo físico, y comprenda otras formas de violencia emocional, sexual, laboral y hasta otros contextos deficitarios o de abandono. Es decir, el maltrato no sólo se define por lo que se le hace al menor (acción), sino también por lo que no se hace (omisión) o lo que se realiza de modo inadecuado (negligencia).

Cuando la familia no puede proporcionar la atención que los niños y niñas requieren, por la existencia de factores personales, sociales y/o económicos que lo dificultan, la sociedad y los poderes públicos deben poner en marcha los mecanismos de protección que les corresponden, evitando las situaciones de maltrato que afectan al desarrollo infantil. Debido a ello se ha de resaltar la significación de suscitar una cultura compartida de cuidado de la infancia, a través de la implicación de cada uno de nuestros ciudadanos en la responsabilidad de promover sus derechos, procurarles la atención más adecuada e iniciar las acciones que pongan fin a las situaciones de malos tratos de las que son víctimas.

La detección supone el primer paso para llevar a cabo la comunicación de la situación a otra instancia con los recursos y las competencias adecuadas para desarrollar las actuaciones que el abordaje del caso

requiere. La notificación, además de ser una obligación legal y profesional, es una condición necesaria para que pueda realizarse una intervención profesional específica. A tal efecto, el titular del centro o servicio que haya detectado el caso, cumplimentará la Hoja de detección y Notificación y la remitirá a los Servicios Sociales de las corporaciones locales o bien a la Delegación Provincial según su nivel de gravedad.

Con la remisión de la hoja de Notificación, instrumento principal del S.I.M.I.A (Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía), se inicia un procedimiento destinado a la investigación del caso para la puesta en marcha de las actuaciones oportunas y para la inscripción del mismo, si procede, en un registro de datos sobre el maltrato infantil de ámbito autonómico.

Objetivos. Instauración de un procedimiento unificado y coordinado en las actuaciones de detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil. Colaborar en la puesta en marcha de un registro del maltrato infantil que permita su análisis y cuantificación.

Metodología. Cada ejemplar de la Hoja dispone de 3 copias, la primera de las cuales será conservada por el centro o profesional notificador, mientras que las otras dos se remitirán de forma conjunta a los servicios sociales competentes de acuerdo al nivel de gravedad del caso (la segunda copia aparecerá con los datos sobre el caso y la tercera en blanco). Las tres disponen de la misma clave para su identificación inequívoca durante todo el proceso. En el ámbito sanitario, son los trabajadores sociales los encargados de la tramitación de las Hojas, además de colaborar con los profesionales que hayan detectado el caso en su cumplimentación, recabar información sobre el entorno socio-familiar del menor y movilizar los recursos y apoyos disponibles desde los servicios sanitarios. La tramitación, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 3/2004, se realiza en función de cómo se haya valorado inicialmente el maltrato: a) Si se considera que el maltrato es leve o moderado, el segundo y tercer ejemplar de la Hoja se enviarán conjuntamente a los Servicios Sociales Comunitarios que correspondan al domicilio del menor. Si se usa la versión informática, se imprimirán para su posterior envío por correo normalizado, ya que la remisión telemática sólo es posible para los casos graves. b) Si se trata de un maltrato grave, el envío se realizará al Servicio de Protección de Menores de la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social, bien en formato papel o mediante el envío automático que permite la página web.

Resultados. Durante 2009 se recibieron un total de 2.845 llamadas al teléfono de notificación de situaciones de maltrato infantil, que han dado lugar a 1.377 denuncias relativas a presuntas situaciones de malos tratos que implican a un total de 2.050 menores, de los que un 55,8% eran niños y un 44,2% niñas. La distribución de los menores afectados en los casos de maltrato infantil es: un 16% entre 0 y 2

años, un 18,4% tenía entre 3 y 5 años, un 19,6% contaba entre 5 y 9 años, un 13,8% entre 10 y 12 años, un 14,8% entre 13 y 15, y un 9,3% mayores de 16 años. Sevilla (30%) y Málaga (15,3%) son las provincias con un mayor número de denuncias tramitadas. Los tipos de maltrato más frecuente que se han detectado en los casos denunciados a través del teléfono de atención a la infancia fueron la negligencia/abandono físico-cognitivo (34,4%), físico (20,6%), la corrupción (17,4%) y el maltrato psicológico-emocional (17%). Del total de los casos de maltrato denunciados, un 39,9% fue diagnosticado como leve, un 35,8% como moderado y un 24,3% como grave.

Conclusiones. Con independencia de los aspectos del proyecto, que puedan ser discutibles, es evidente que se camina en una buena dirección, destacando en este sentido varios aspectos relevantes: 1) La puesta en marcha del Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (S.I.M.I.A.) permite la cuantificación de este fenómeno, la identificación de sus características más relevantes, así como la aproximación a su dimensión social. 2) El incremento en el número de notificaciones. 3) La existencia de una metodología homogénea. 4) Una normativa legal que da soporte al proceso.

P21. ANÁLISIS DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN UN CENTRO DE ACOGIDA INMEDIATA (CAI). INFLUENCIA DEL MOTIVO DE DERIVACIÓN

Garrido Torrecillas FJ¹, Hidalgo Calero AB², Fernández Pascual R³

¹UGC Churriana de la Vega, ²UGC de Pediatría Del Hospital Universitario San Cecilio, ³Departamento de Métodos Cuantitativos de la Universidad de Granada
e-Mail: sakulped@telefonica.net

Objetivos. Los Centros de Acogida Inmediata (CAI) están destinados a la primera acogida, diagnóstico y posterior derivación. En ellos, los menores deben estar el mínimo tiempo necesario hasta que se establezca la derivación adecuada de los mismos según cada situación.

Analizar y valorar la evolución del número de ingresos, tiempo de estancia y motivo de derivación de los menores ingresados en el único CAI de Granada capital.

Estudiar si existe relación entre la estancia en el centro y el motivo de baja o derivación del mismo (traslado a residencial básico, adopción, acogimiento familiar, reintegración familiar, acogimiento familia extensa, fuga o secuestro y defunción)

Metodología. Se revisa el historial de todos los menores ingresados en el único CAI ubicado en Granada capital durante el periodo enero de 2006 a junio de 2011. Se analizan: número de ingresos, fecha de ingreso, edad, sexo, fecha de baja, tiempo de estancia y motivo derivación o baja del centro. Análisis estadístico de los datos con SPSS.

Resultados .El número total de menores analizados es de 332. El número de menores ingresados por años fue 2006: 76 (23,90%); 2007: 75 (23,58%);

2008: 62 (19,50%); 2009: 50 (15,72%); 2010: 40 (12,58%); 2011: 15 (4,72%). Los datos se ajustan a un modelo de regresión lineal negativo. El tiempo promedio de estancia fue de 80,23 días, oscilando entre unas horas y 847 días en el caso de mayor estancia en el CAI. En la tabla se recogen los tiempos de estancia categorizados.

Cabe destacar que en un 45,17% el tiempo de estancia en el centro es menor de un mes.

Los motivos de derivación de los menores y baja del CAI fueron:

Traslado a residencial básico: 167 menores (52,02%); reintegración o inserción familiar: 87 menores (27,10%); adopción y preadopción: 25 menores (7,79%); acogimiento familiar: 23 menores (7,17%); acogimiento familia extensa: 10 menores (3,12%); Fuga o secuestro: 7 menores (2,18%); defunción: 2 menores (0,62%)

Si analizamos el tiempo de estancia en función del motivo de derivación existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Conclusiones. Durante el periodo de seguimiento se produce un claro descenso anual de los menores que ingresan en el CAI. Probablemente relacionado con la nueva política de fomento de los acogimientos.

Aunque el 45% permanecen menos de 1 mes, el tiempo de estancia medio de 80,23 días parece demasiado elevado para resolver la situación de los menores que ingresan en un CAI especialmente teniendo en cuenta que la mayoría (52,02%) acaban derivados a residenciales básicos.

El motivo de baja o derivación del CAI condiciona el tiempo de estancia en el mismo, permaneciendo el menor tiempo los casos de abandono o secuestro (11 días) y el mayor, los casos de adopción-preadopción (158 días)

Destaca que haya un 2,5% de menores que permanecen más de un año en el CAI antes de solucionar su derivación.

P22. DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES TRAS LA RUPTURA DE PAREJA: LA PERSPECTIVA DE LOS HIJOS

Francisca Fariña Rivera. Departamento Aipse. Universidad De Vigo. Ramón Arce Fernández. Departamento De Psicología Social, Básica Y Metodología. Universidad De Santiago De Compostela. Mercedes Novo Pérez. Departamento De Psicología Social, Básica Y Metodología. Universidad De Santiago De Compostela. Dolores Seijo Martínez. Departamento De Psicología Social, Básica Y Metodología. Universidad De Santiago De Compostela

e-Mail: francisca@uvigo.es

Introducción. Cuando se produce una separación de la pareja, si ésta tiene hijos, necesariamente se ha de producir una reestructuración familiar. En muchos de los casos supone una modificación sustancial en las relaciones familiares, tanto en la de los progenitores, como en la paterno-filial. En esta última, se puede resquebrar el vínculo, o patologizar

la relación paterno-filial, especialmente en aquellos casos de separación conflictiva, pudiendo incidir especialmente en el desarrollo de los menores.

Objetivos. En este trabajo, nuestro propósito es describir la relación familiar tras la ruptura de los padres.

Metodología. En este estudio participaron un total de 109 menores con edades comprendidas entre 6 y 17 años, con una media de edad de 10,14 (DT=3,122), y de 6,10 años (DT=3,566) en el momento de la separación.

La recogida de los datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, adaptadas al nivel evolutivo de los menores. Se recabó información sobre el proceso de ruptura, así como las relaciones familiares, contando con el consentimiento informado de los progenitores.

Resultados.

- a) Guarda y custodia. La guarda y custodia la ostenta mayoritariamente la madre (89,9%), siendo residual la paterna (2,8%), o la compartida (6,4%).
- b) Comunicación de la ruptura. Únicamente en un 15,6% (N=17) ambos padres explican conjuntamente al niño la decisión de la ruptura. Por otro lado, a un 20,2% (N=20) nadie les comunicó la ruptura.
- c) Régimen de estancias y comunicación. Un 43,1% mantiene un régimen de comunicación y estancias con el progenitor no custodio, de dos días cada 15 días, Un 27,8% (N=30) puede ver al progenitor no custodio varios días a la semana, y un 26,6% (N=29), lo ve pocas veces al año o nunca.
- d) Experiencia de la separación. El 91,9%, afirma haber vivido la ruptura entre sus padres como una experiencia regular, mala o muy mala. Sólo el 8,1% (N=8) refiere que la experiencia fue positiva (buena o muy buena).
- e) Relación del menor con el progenitor custodio. El 87,6% indica que la relación con el progenitor custodio era y continúa siendo buena o muy buena.
- f) Relación del menor con el progenitor no-custodio. El 68,2% señala que la relación con el progenitor no custodio era y continúa siendo buena o muy buena.
- g) Relación entre los padres. Un 42,2% de los participantes informa de una mala relación entre los padres tras la ruptura.
- h) Relación con la familia extensa. En cuanto a la familia extensa materna, el 0,9% de los participantes precisa no tener relación con ningún familiar y el 86,9% con toda la familia. En relación a la familia paterna, un 17,9% refiere no tener relación con ningún miembro y un 66% con toda la familia.

Conclusiones. Los resultados evidencian que, tras la ruptura de la pareja, la relación de coparentalidad positiva no es el modus operandi habitual, por el

contrario, el conflicto se instaura en la dinámica familiar. Del mismo modo, denotan que se cercena el derecho de los hijos a relacionarse positivamente con toda la familia. Pese a que todo ello menoscaba el bienestar de los hijos a corto y a largo plazo. Por ello, parece preciso que todos los profesionales que atiendan a estas familias, les encaucen hacia la coparentalidad y el fortalecimiento de la relación y los vínculos de los hijos con ambos progenitores. En este sentido, el "Programa Ruptura de Pareja, no de Familia" (Fariña, Seijo, Arce y Novo, 2002) es un recurso especializado que se viene aplicando en Galicia desde el año 2002.

P23. TRASTORNOS AFECTIVOS EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS: DATOS A FAVOR DE LA TEORÍA CATECOLAMÍNICA

A.Sainz*, MC Augustin**, E. Orihuela**, L Marín***, R Rodríguez***, MC Onieva**, A Quero**

* Centro de Salud (Martos), ** Centro de Salud (Guadix), *** Hospital Clínico San Cecilio
e-Mail: mcaugustin6@yahoo.es

Justificación y Objetivos. A pesar de las múltiples aportaciones que la literatura ha recogido en los últimos años, todavía están sin aclarar de forma definitiva los mecanismos fisiopatológicos que en última instancia justifican el retraso de crecimiento y desarrollo que se producen en niños institucionalizados y/o con carencias afectivas. En esta línea, nuestro grupo viene desarrollando un trabajo desde hace ya más de 25 años intentando aportar datos que ofrezcan luz a estos problemas de la infancia marginal. Proponiéndonos en el presente trabajo analizar el papel que pueden jugar determinadas catecolaminas en la génesis de este apasionante problema.

Material y Métodos. El material objeto del presente trabajo está formado por 42 niños, los cuales se dividieron en dos grupos de estudio: a) Grupo Problema (GP) y b) Grupo Control (GC). Con las características que a continuación se describen. De entre la población existente en la provincia de Jaén en régimen de acogida (4 Residencias de la Junta de Andalucía, 9 Centros concertados con otras administraciones y varios de tipo religiosos) y tras obtener el preceptivo consentimiento, fueron seleccionados 22 niños pertenecientes a tres Centros de Protección de Menores de la provincia de Jaén con una edad media de 10,7+/-4,8 años, Grupo Problema (GP). Por otra parte, del mismo entorno provincial, se seleccionó un grupo control formado por 20 niños con una edad media de 11,7+/-3,6 años, considerados niños sanos e insertados en un ambiente familiar normal. A todos ellos, con independencia de otros aspectos clínicos, sociales, antropométricos y nutricionales les fue recogida la orina de 24 horas, en fracciones de 12 horas, determinándose mediante HPLC (Cromatografía líquida de alta presión) las siguientes catecolaminas: 1) 5-Hidroxi-Indolacético (5-HIA), 2) Acido Homovanílico (AHV), 3) Acido Vanil-Mandélico

(AVM), 4) Metanefrina (M), 5) Normetanefrina (NM), 6) Metoxitiramina (MT), 7) Noradrenalina (NA), 8) Dopamina (DOPA), 9) Adrenalina (AD).

Resultados.

Ver Tabla.

Conclusiones. A la luz de los resultados obtenidos en esta experiencia y otros trabajos que lo preceden, consideramos que la "Teoría indoleamínica y catecolamínica de los trastornos afectivos, encuentra un nuevo soporte fisiopatológico en el niño con Síndrome de Carencia Afectiva, ya que a igual que sucede con otros trastornos afectivos del adulto, la eliminación del 5HIA, está significativamente disminuido en relación al grupo de niños pertenecientes a la población general.

P24. VALORACIÓN Y ANÁLISIS TIMPANOMÉTRICO EN NIÑOS EN RÉGIMEN DE ACOGIDA

A.Saiz*, E. Orihuela**, MC Augustin**, L. Marín***, M Tribak***, MC Onieva**, A Quero**

* Centro de Salud (Martos), ** Centro de Salud (Guadix), *** Hospital Clínico San Cecilio
e-Mail: eorihuelabarea@gmail.com

Justificación y Objetivos. Tras la realización de un análisis de la situación de salud llevado a cabo por nuestro grupo de investigación en la década de los años 80, en la que se encontró un alarmante estado de la función auditiva en niños acogidos en Centros Residenciales ubicados en el barrio granadino del Albayzin, nos proponemos en esta aportación estudiar el estado de los órganos auditivos en niños institucionalizados.

Material y Métodos. El material objeto del presente trabajo está formado por 138 niños, los cuales se dividieron en dos grupos de estudio: a) Grupo Problema (GP) y b) Grupo Control (GC). Con las características que a continuación se describen. De entre la población existente en la provincia de Jaén en régimen de acogida (4 Residencias de la Junta de Andalucía, 9 Centros concertados con otras administraciones y varios de tipo religiosos) y tras obtener el preceptivo consentimiento, fueron seleccionados 78 niños pertenecientes a tres Centros de Protección de Menores de la provincia de Jaén con una edad media de 7+/-4.2 años, Grupo Problema (GP). Por otra parte, del mismo entorno provincial, se seleccionó un grupo control formado por 60 niños con una edad media de 9+/-1.6 años, considerados niños sanos e insertados en un ambiente familiar normal. A todos ellos, con independencia de otros aspectos clínicos, analíticos, sociales, antropométricos y nutricionales les fue realizado un estudio timpanométrico. Procedimiento exploratorio rápido (6-8 segundos), fiable, objetivo y eficaz en la investigación del estado del oído medio, de su contenido, de la movilidad timpánica y secundariamente de la trompa de Eustaquio.

P25. ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE MALARIA EN UN POBLADO DEL CENTRO DE TOGO

Cubero Millán, Isabel; Ruiz Ramos, M^a José; Rodríguez Quesada, Inmaculada; Calero Hidalgo, Ana Belén; Suárez Cadenas, Rocío; Muñoz-Hoyos, Antonio.

UGC Pediatría. HU San Cecilio de Granada.

eMail: isacubero83@hotmail.com

La Malaria es una de las principales causas de muerte en los países en desarrollo, alcanzando a un 40% de la población mundial. Es responsable de hasta 3 millones de muertes, de las que, en torno a un 90% se producen en el África Subsahariana, siendo la mayoría en niños menores de 5 años.

Las disponibilidad de técnicas rápidas de diagnóstico sensibles, económicas y de fácil aplicación, permitiría un adecuado y precoz diagnóstico, y consecuente tratamiento, que disminuirá la morbimortalidad de esta patología. En este sentido la UGC de pediatría del Hospital San Cecilio de Granada ha llevado a cabo un proyecto de cooperación internacional en un poblado togolés, para el diagnóstico de malaria a través de este tipo de test en niños con síndrome febril sin foco.

Objetivos. Conocer la prevalencia de malaria confirmada mediante test rápido inmunocromatográfico en niños menores de 14 años con fiebre sin foco en el poblado de Bodjondé, perteneciente a la provincia de Sotouboua en el país de Togo (África) en agosto de 2011.

Metodología. La UGC de Pediatría de HU San Cecilio de Granada ha llevado a cabo un proyecto de Cooperación Internacional en el cual se asistieron un total de 257 niños, entre los cuales 88 presentaban un síndrome febril sin foco a los cuales se le realizó la prueba rápida inmunocromatográfica para detección de la proteína HRP-2 de Plasmodium Falciparum en sangre humana (Hexagon Malaria®), con sensibilidad del 100% y especificidad del 97,8%; sin reactividad cruzada con el resto de tipos de Plasmodium. Según datos de la OMS, en el país de Togo el agente principal causante de malaria es Plasmodium Falciparum, por lo que este test resultó adecuado para su aplicación.

Resultados. Del total de tests rápidos realizados que fueron 88, 58 fueron positivos (un 66%), siendo en este caso los pacientes tratados con terapia combinada: Quinina asociada a Doxiciclina/Clindamicina en función de la edad (se usó Doxiciclina en mayores de 8 años).

Conclusiones. Dada la alta prevalencia de malaria por Plasmodium Falciparum en este área (entorno al 99% según datos de la OMS) y la alta sensibilidad y especificidad para dicho microorganismo que tiene este test rápido, es de alta utilidad recurrir a él como screening para el diagnóstico de malaria en niños con fiebre sin foco. De este proyecto también se deriva el aprendizaje por parte de los residentes de pediatría de enfermedades tropicales como la malaria, tan poco frecuentes en nuestro medio, así como la sensibilización de la alta prevalencia y mortalidad de estas enfermedades que tendrían

mejor pronóstico con adecuado y precoz diagnóstico y tratamiento.

P26. MODIFICACIÓN DEL D2 (TEST DE ATENCIÓN) EN RESPUESTA A METILFENIDATO DE LIBERACIÓN SOSTENIDA EN NIÑOS CON TDAH: COMPARACIÓN ENTRE NIÑOS CON CAPACIDAD COGNITIVA NORMAL Y NIÑOS BORDERLINE

Irene Machado-Casas, María Pilar Tortosa-Pinto, Mariem Tribak, María Luisa Fernández-López, María de las Mercedes Lorenzo-Liñán, Antonio Molina-Carballo

Hospital Universitario San Cecilio de Granada

eMail: amolinac@ugr.es

Introducción. A pesar de ser informados de la escasa probabilidad y magnitud de la respuesta a psicoestimulantes en pacientes con capacidad cognitiva en rango *borderline*, un elevado porcentaje de progenitores solicitan su ensayo en su búsqueda de intervenciones que puedan mejorar el pronóstico funcional de sus hijos.

Objetivo. Pretendemos cuantificar y comparar la magnitud de la posible respuesta sobre parámetros de atención en un test al respecto ("d2"), conocido y validado; y su comparación con pacientes TDAH con habilidades cognitivas normales.

Material y Métodos. Entre Septiembre de 2007 y Marzo de 2010 hemos enrolado en una consulta de NeuroPediatria hospitalaria, un total de 220 niños/as con sospecha de TDAH. Analizamos los datos de 67 pacientes, con edad media de 9.57 (2,6) años, que han completado el protocolo y que no presentaban otra patología concomitante. Fueron diagnosticados de TDAH primario o sindrómico, mediante una historia cuidadosa, exploración física y la batería de test psicométricos habituales en la USMIJ de nuestra área (EDAH de Farré y Narbona), CDI (Cuestionario de Depresión infantil), SDQ-Cas (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), d2-test de atención-, junto con un test abreviado de inteligencia (KBIT) como test indicativo (escribinin) de capacidad cognitiva. Un primer grupo (n= 53) de pacientes con CIO (coeficiente de inteligencia orientativo; KBIT) superior a 84 y otro grupo de pacientes (n= 14) con CIO menor de 85 (todos ellos en rango *borderline*). Fueron clasificados en los distintos subtipos de la escala EDAH (H: subtipo Hiperactivo, DA: subtipo Déficit de Atención, DA+H: subtipo Combinado; subtipo Trastorno de Conducta; subtipo Global) y tratados durante 4,38 (1,9) meses. Estadística: Media, mediana, Z de Wilcoxon. En todos los casos se obtuvo consentimiento informado por escrito.

Resultados. En Tabla expuesta.

Discusión. Aunque los pacientes con capacidad cognitiva *borderline* con frecuencia asocian sintomatología propia del TDAH con predominio de síntomas de inatención, en un test objetivo (d2) no muestran un cambio estadísticamente significativo en un parámetro de inatención (nº de errores por omisión); ni en otro de impulsividad (nº de errores por comisión); datos que concuerdan con la escasa

mejoría en rendimiento escolar, a pesar de la ligera mejoría comportamental global observada por los padres. En cambio, en los pacientes TDAH con habilidades cognitivas conservadas se observa una mejoría, estadísticamente significativa en todos los parámetros, en concordancia con la mejoría de los síntomas nucleares del TDAH.

P27. TALLERES DE SALUD MATERNOINFANTIL PARA FAMILIAS MIGRANTES

Yun C., Sánchez P., Berzosa R., Ferreras L., Rivera M

Médicos del Mundo. Málaga

e-Mail: ronijerez@hotmail.com

Introducción. La población pediátrica es cada vez más heterogénea, debido a un aumento de la migración en los últimos años. De no realizarse un esfuerzo de integración tanto por parte de los profesionales como de las políticas sanitarias, este grupo se expone al riesgo de quedar al margen, por motivos culturales, idiomáticos y de integración, del sistema de salud. En este marco y con los objetivos fundamentales de ofrecer formación en cuidados básicos del niño en todas las etapas de su desarrollo, el manejo domiciliario de las patologías prevalentes de la infancia, el acercamiento a los planes de salud infantil y de la mujer en nuestro país y el manejo práctico de alteraciones psicológicas frecuentes en la infancia se plantearon talleres de formación a familias migrantes dentro de los proyectos de inclusión sociosanitaria de médicos del mundo.

El objetivo de la presente comunicación es presentar la metodología de trabajo y experiencia obtenida tras la puesta en marcha de esta actividad.

Material y métodos. En enero del presente año se presentó el proyecto en la reunión asamblearia de la sede de médicos del mundo de nuestra provincia. Se contactó con las principales ONGs inmersas en proyectos de inclusión social de personas migrantes acordándose calendario y temática así como metodología de trabajo según la población atendida. Se planteó la realización de reuniones de autoevaluación con el equipo participante tras la realización de cada taller.

Resultados. Se ha contactado con 5 ONGs diferentes, todas ellas con respuesta positiva respecto a la iniciativa. Hasta el momento se han impartido dos talleres en las sedes de 2 ONGs, Asociación Solidaria Integración Social (ASIS) y el centro malagueño de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Los temas demandados por los usuarios y objeto de los talleres fueron: lactancia materna y cuidados del recién nacido, alimentación del niño sano y vacunas, manejo de patología infecciosa más frecuente (fiebre, infecciones respiratorias y gastrointestinales), psicología infantil y salud femenina. Los temas se desarrollaron en sesiones de 60 minutos, planteadas de forma interactiva bidireccional con implicación de las participantes que expusieron sus conocimientos previos sobre cada tema y sus dudas al respecto mediante diferente metodología: lluvia de ideas,

binas, preguntas y respuestas. Tras esto se procedía a una breve exposición de datos teórico/prácticos por parte de los dinamizadores. Se han impartido un total de 6 sesiones en el primer taller y 4 en el segundo, la disminución en el número de sesiones se debió a la dificultad detectada de asistir a tantas sesiones consecutivas por parte de los participantes. El total de los asistentes han sido mujeres, en la mayoría de las ocasiones acompañada de sus hijos, con una media de 9 por sesión (1:5-15). La procedencia más frecuente fue Marruecos y Cuba. La mayoría de las participantes tenían un conocimiento medio-alto de la lengua castellana, para evitar la barrera idiomática se emplearon presentaciones de Power-Point principalmente con imágenes, explicaciones en inglés simultáneas a las madres de habla inglesa o traducción por parte de alguna de las participantes cuando se trataba de otra lengua. El grado de satisfacción de la evaluación por parte de las ONGs implicadas, las participantes y los dinamizadores fue elevado.

Conclusiones. Las actividades de educación y formación sanitaria son una estrategia bien aceptada por parte de las familias migrantes en nuestro medio. En nuestra experiencia es la población migrante femenina la que demanda mayor formación en el cuidado de los hijos. El trabajo en red con las asociaciones encargadas de las actividades de inclusión de este sector de la sociedad se convierte en una pieza clave para el adecuado entendimiento y uso del sistema sanitario de nuestro país y para la integración de las familias migrantes en nuestra sociedad.

P28. CAPACIDAD ANTIOXIDANTE TOTAL EN SALIVA Y CARIES DENTAL EN NIÑOS SAHARAWIS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA "VACACIONES EN PAZ"

Manuel Molina Oya, Pilar Tortosa Pinto, Marita Lardón Fernandez, Jose Antonio Alarcón y Jose Uberos Fernandez

Hospital Clínico San Cecilio Granada
Facultad de Odontología. Universidad de Granada
eMail: pilartortosa@yahoo.es

Introducción. La caries dental es la patología más prevalente del mundo.

Entre los factores etiológicos destacan higiene dental inadecuada, la placa dental, factores dietéticos y el papel de la saliva.

La saliva tiene propiedades antibacterianas debido a lisozimas, peroxidasas e inmunoglobulinas jugando también la capacidad antioxidante de la saliva un papel importante en la caries.

Objetivos. El presente estudio pretende evaluar en un grupo de niños saharawis la relación entre la capacidad antioxidante total de la saliva y la presencia de caries sobre dentición temporal ó permanente.

Material y método. Se estudiaron 126 pacientes procedentes del Sahara Occidental, residentes en un campamento de refugiados (Tinduff, Argelia).

El examen clínico dental se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la World Health Organization. Se recogió además 2 ml de saliva que se centrifugó a 4000 rpm durante 10 minutos congelándose el sobrenadante a - 40 °C hasta su utilización. La capacidad antioxidante total de la saliva se determinó por colorimetría.

Resultados.

El 38 % de las niñas presentan caries en dientes temporales frente al 19 % niños.

La capacidad antioxidante total de la saliva en los pacientes con caries en dentición temporal fue 2.89 1/ IC 50 mayor en los pacientes con caries que en los pacientes sin caries.

El 62% de las niñas presentan caries en dientes permanentes frente al 58,5 de los niños.

Si hay 5 caries en dientes permanente si obtenemos diferencias significativas en la capacidad antioxidante total de la saliva frente a los niños que no presentan caries.

Conclusiones. La capacidad antioxidante de la saliva está incrementada en niños con alta actividad cariogénica. En el intervalo de edad estudiado y en el grupo étnico considerado la capacidad antioxidante de la saliva ejerce un efecto favorecedor de la caries dental sobre todo en dentición temporal.

P29. PASAJE VERDE UNA VÍA DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL QUE AL PEDIATRA LE INTERESA CONOCER

Benítez Robredo T, Brugera Moreno C, Quintero Rodríguez MY, Galán Sierra I, Antón Gonzalo M, Sánchez Diaz M y Pérez Álvarez MT

Centro: Instituto de Salud Pública de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. España

Objetivos. España es el segundo país del mundo en adopciones internacionales, sólo por detrás de Estados Unidos. China ha sido uno de los países del que han salido más niños para adopción internacional. Actualmente gran parte de los niños provenientes de este país son niños que presentan alguna patología.

Nuestro objetivo es informar de la existencia de una vía especial de adopción denominada "Pasaje Verde" (programa de adopción de niños con necesidades especiales: enfermos o mayores), describir la situación clínica y el tipo de patología que presentan los niños que están a la espera de adopción en China, a través de este programa y definir cuántos de éstos, según criterio médico y valoración psicológica, tienen capacidad adaptativa y competencia para el desarrollo de la vida autónoma, pudiendo ser susceptibles de adopción.

Metodología. En Octubre de 2010, un equipo de pediatras y enfermeras, se desplazó a la ciudad de Chongqing (China) para evaluar el estado de salud de los niños internados en varios orfanatos con el objetivo de facilitar su adopción en España a través de "Pasaje Verde". Estudio descriptivo de los pacientes explorados.

Resultados. Se exploraron un total de 123 niños (49 niñas, 73 niños y 1 caso de pseudohermafroditismo que no tenía sexo asignado por carecer de cariotipo). La edad media fue de 5 años con un rango de 4 meses a 13 años. El 43% era mayor de 6 años.

Las principales patologías encontradas fueron malformaciones congénitas: del tracto digestivo como atresia anal y labio leporino, cardiológicas, esqueléticas, dermatológicas, genitales etc. y alteraciones del sistema nervioso como parálisis cerebral, retraso psicomotor, alteraciones sensoriales, trastornos neurológicos, etc.

El 63% de los niños explorados se consideró con capacidad funcional para su adaptación e integración en una familia adoptante por la vía de adopción para niños con necesidades especiales.

Conclusiones. Los pediatras vamos a encontrar en nuestras consultas un número cada vez mayor de niños procedentes de adopción internacional que padecen diferentes problemas de salud.

- Más del 40% de los niños vistos en estos orfanatos, tienen edades superiores a los 6 años, algunos de ellos no presentaban ninguna patología.

- Las patologías que presentan los niños explorados son principalmente malformaciones congénitas, sobre todo osteoarticulares y fisuras palatinas, así como retraso psicomotor, siendo susceptibles de ser adoptados más del 60% de ellos. Estos casos suponen un nuevo reto para la atención pediátrica, pues además de las dificultades inherentes a cualquier adopción habrá que tener en cuenta los derivados de su patología previa y/o el mayor tiempo de institucionalización que pueden dificultar su integración familiar y social.

P30. PERCEPCIÓN DE RESPUESTA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PADRES Y EVOLUCIÓN SOMATOMÉTRICA EN UNA POBLACIÓN GRANADINA DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TRATADA CON METILFENIDATO DE LIBERACIÓN SOSTENIDA

María José Ruiz-Ramos, María Isabel Cubero-Millán, Riccarda Tesse, Sylvia María Martínez-Serrano, Fuensanta Justicia-Martínez, María de Carmen Augustin-Morales

Hospital Universitario San Cecilio de Granada
e-Mail: amolinac@ugr.es

Introducción. Aún estando perfectamente establecida la eficacia del metilfenidato en el tratamiento del TDAH, muchos padres y profesionales de la salud no conocen adecuadamente la magnitud de dicha eficacia, ni la repercusión del tratamiento sobre el crecimiento pondoestatural, uno de los posibles efectos secundarios del mismo.

Objetivos. Cuantificar la percepción de los padres respecto a la utilidad del tratamiento con metilfenidato, así como la magnitud de la modificación pondoestatural, en pacientes con TDAH clasificados en los distintos subtipos según el cuestionario EDAH en un protocolo

cuasiexperimental controlado y abierto con 220 pacientes enrolados.

Material y Métodos. 73 pacientes sin otra patología (56 V, 17 M), edad de 9.5 (2,5) años, diagnosticados de TDAH, mediante la batería de test psicométricos habituales en la USMIJ de nuestra área, antes y tras 4,38 (1,9) meses de tratamiento. Estadística: Media, DS, t test para muestras pareadas, nivel de significación.

Resultados. En Tabla expuesta.

Discusión. El 84.7% de los pacientes tratados obtuvo una mejoría referida por los padres con “algo mejor” o “mucho mejor”, y un 34% pasaron a puntuar en rango “normal” en la Escala EDAH. Durante el intervalo del estudio observamos una estabilización del peso, con descenso del IMC al mantenerse inalterado el crecimiento estatural. No se modificaron otros datos hematológicos o bioquímicos (no reflejados en la presente comunicación). El conjunto de efectos secundarios es tolerable para padres y pacientes y sólo motivó el abandono del protocolo en 2 pacientes.

Conclusiones. El metilfenidato es un fármaco muy eficaz según la valoración de los padres. Además es seguro, puesto que aunque los efectos secundarios son frecuentes, suelen ser leves y transitorios, o cuando menos tolerables no obligando en la gran mayoría de los casos suspender el tratamiento.

P31. DIFERENTE MAGNITUD DE LA RESPUESTA POSITIVA A METILFENIDATO DE LIBERACIÓN SOSTENIDA ENTRE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE TDAH EN NIÑOS CON CAPACIDAD COGNITIVA NORMAL Y NIÑOS BORDERLINE

Laura Moreno-García, Aida Ruiz-López, Raquel Rocío Romero-García, Mónica Natalia Strate-Pezdir, Alejandra Riestra-Gómez, Antonio Muñoz-Hoyos
Hospital Universitario San Cecilio de Granada
eMail: amolinac@ugr.es

Introducción. Se considera que la magnitud práctica de la posible mejoría sintomática y comportamental en pacientes con habilidades cognitivas bajas y con sintomatología de déficit de atención y/o hiperactividad, mediante el empleo de psicoestimulantes, no justifica su indicación rutinaria. No obstante, a pesar de ser informados al respecto, un elevado porcentaje de progenitores solicitan su ensayo, en su búsqueda de intervenciones que puedan mejorar el pronóstico funcional de sus hijos. Pretendemos cuantificar y comparar la magnitud y calidad de la respuesta a metilfenidato de liberación sostenida sobre los subtipos TDAH mediante la escala EDAH cumplimentada por los padres, en niños/as con capacidad cognitiva normal o *borderline*.

Material y Métodos. De un total de 220 niños/as con sospecha de TDAH enrolados en consulta de NeuroPediatria, desde septiembre de 2007 hasta marzo-2010 han completado el protocolo prospectivo 67 pacientes, sin patología concomitante, con edad media de 9.57 (2,6) años.

Un primer grupo (n= 53) de pacientes con C.I.O (coeficiente de inteligencia orientativo; KBIT) superior a 84 y otro grupo de pacientes (n= 14) con C.I.O menor de 85 (todos ellos en rango *borderline*) diagnosticados de TDAH, mediante una historia cuidada, exploración física y la batería de test psicométricos habituales en la USMIJ de nuestra área (EDAH de Farré y Narbona), CDI (Cuestionario de Depresión infantil), SDQ-Cas (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), d2-test de atención-), junto con un test abreviado de inteligencia (KBIT) como test indicativo (escribin) de capacidad cognitiva. Fueron clasificados en los distintos subtipos de la escala EDAH (H: hiperactividad, DA: déficit de atención, combinado, TC: trastorno de conducta, DA + H: trastorno combinado; y Trastorno global) y tratados durante 4,38 (1,9) meses. Estadística: Media, mediana, Z de Wilcoxon. En todos los casos se obtuvo consentimiento informado por escrito.

Resultados. En Tabla expuesta.

Discusión. Aunque los pacientes con habilidades cognitivas *borderline* con sintomatología TDAH que podríamos denominar como 'sindrómico' (probablemente secundario o sintomático de su nivel de habilidades) se distribuyen en los distintos subtipos TDAH de modo similar (con ligero predominio del subtipo inatento) a los niños normales, obtienen una mejoría que aunque estadísticamente significativa es sensiblemente inferior a la obtenida en niños con habilidades cognitivas normales, y que coincide con los conocimientos establecidos. En pacientes *borderline* observamos un ligero predominio del subtipo inatento. En todos los pacientes, la aplicación de test diagnósticos validados, antes y después de tratamiento farmacológico, permite la cuantificación, comparación y monitorización de la respuesta obtenida.

P32. PRIMER ENCUENTRO ANDALUZ DE MENORES INFECTADOS/AS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Avilés I¹., Moreno F²., Rivera M³., Arias S¹., Núñez E³., Lanzarote MD¹., Moreno D³.,

(1) Hospital Virgen del Rocío. (2) Asociación antisida de Málaga. (3) Hospital Materno Infantil Carlos Haya. e-Mail: ronijerez@hotmail.com

Introducción. La infección por el VIH sigue siendo una enfermedad estigmatizada socialmente que condiciona altos niveles de exclusión y ocultismo en los enfermos pediátricos. La detección de condicionantes sociales y psicológicos así como el tratamiento de los mismos se ha convertido en los últimos años en uno de los ejes del seguimiento integral de estos pacientes. En este marco surgen experiencias de encuentro entre menores infectados/as por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que permitan aumentar el conocimiento de la infección y normalizar la situación de enfermedad mediante el contacto

interpersonal y la realización de actividades en grupo.

Objetivo. Presentar la experiencia y nivel de satisfacción de los participantes en el primer encuentro andaluz de pacientes pediátricos infectados por el VIH..

Método. La iniciativa de este encuentro es de la Asociación Antisida de Málaga (ASIMA) que en colaboración con el Hospital Materno-Infantil Carlos Haya de Málaga está desarrollando dentro de un programa de intervención psicológica con menores infectados/as por el VIH desde hace dos años. Durante ese tiempo, se ha trabajado de manera individual y familiar el conocimiento de la enfermedad, adherencia terapéutica, sus implicaciones médicas, psicológicas y sociales, así como otros aspectos de interés presentados por las familias. En el último año se han desarrollado grupos de adolescentes y padres, madres y tutores con este objetivo. Como actividad final del segundo año, se coordina este encuentro en el que se invita a poblaciones de adolescentes con VIH de otras ciudades. Así, se contacta con los pediatras responsables de las unidades de infectología de otros hospitales andaluces y se obtuvo respuesta del Hospital Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla en el que, a través del Grupo de Investigación CTS-152 "Pediatria Integral y Psicología Pediátrica", se está desarrollando un programa de intervención biopsicosocial con niños, niñas y adolescentes con VIH y sus familias desde febrero de 2010, trabajando cuestiones similares, tales como conocimiento y aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento. Se informó a los participantes de la posibilidad de asistir al encuentro en sus visitas a revisión médica o mediante vía telefónica con las familias con las que había una buena alianza. El encuentro tuvo una duración de un fin de semana. Se desarrollaron actividades de prevención de la transmisión, sexualidad, conocimiento de la enfermedad, actitudes ante la infección y todos los aspectos sociales y emocionales relacionados con la misma, así como actividades recreativas y de encuentro. Finalmente, los participantes cumplieron unas encuestas de satisfacción de respuestas abiertas.

Resultados. Asistieron un total de 16 menores con un predominio de varones del 56%. Diez de la provincia de Málaga y 6 de la provincia de Sevilla con una media de edad de 13.6 años (I: 12a-18a). En cuanto a la situación social de los mismos destacar que solo 3 menores vivían con sus padres biológicos; el resto se dividían entre 6 adoptados, 3 acogidos en centros y 4 convivientes con familia extensa. En cuanto a las encuestas de satisfacción el 68% ven cumplidas sus expectativas, un 18% las calificaron como superadas y solo un caso refirió que se habían cumplido en parte. En el 43.8% de los casos la respuesta a lo más destacado del encuentro hacía referencia directa al haber conocido gente con la misma enfermedad que ellos, siendo la respuesta más frecuente en cuanto a qué cambiarían, "el

escaso tiempo" (47%) seguida de "nada" (25%). El 100% de los menores respondieron que el encuentro había aportado algo para su vida, que volverían y que recomendarían la actividad a gente con su mismo problema.

Conclusiones. En nuestra experiencia el encuentro entre los menores ha resultado muy productivo, pues al haber conocido a otros jóvenes con la misma enfermedad, han podido sentirse comprendidos y apoyados a la vez que libres durante un fin de semana, como reflejan los resultados de las encuestas. Además, como logros indirectos, destacamos la producción de situaciones de identificación con otros iguales, que han mejorado sus expectativas sobre la enfermedad así como el resultado de relaciones de amistad (que hasta el momento mantienen) y la incorporación de menores al grupo de autoapoyo que no participaban anteriormente.

P33. ¿ES MÁS PREVALENTE LA OBESIDAD INFANTIL EN LOS MENORES CON PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS? ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE OBESIDAD EN UN CENTRO DE PROTECCIÓN DE MENORES.

Hidalgo Calero AB¹, Garrido Torrecillas FJ² Fernández Pascual R³

¹UGC de Pediatría Del Hospital Universitario San Cecilio, ²UGC Churriana de la Vega, ³departamento Métodos Cuantitativos de la Universidad de Granada.

e-Mail: bissefrois@hotmail.com

Objetivos. Según los distintos estudios entre los que destaca el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil andaluza se sitúa alrededor del 25% y del 15 % respectivamente. Tradicionalmente los estudios afirman que este problema está ligado al bajo nivel socioeconómico y de estudios.

Analizar la prevalencia de Obesidad Infantil en los menores que ingresan en un Centro de Protección de Menores de Granada. Estudiar las características epidemiológicas de la misma y compararla con las cifras teóricamente esperadas.

Metodología. Se revisa el historial médico de todos los menores ingresados en un Centro de Protección de Menores (Centro de Acogida Inmediata y residencial básico) ubicado en Granada capital durante el periodo enero de 2003 a junio de 2011.

Se recogen los datos de peso y talla al ingreso en el centro, y se calcula el IMC de los menores registrados. Se excluyen del estudio los menores 2 años y afectos de enfermedades graves.

Para establecer el diagnóstico, siguiendo las recomendaciones del "PIOBIN", se utilizan los puntos de corte para sobrepeso del percentil > 90 y para la obesidad del percentil > 97, utilizando como referencia las tablas de crecimiento de Hernández (fundación Orbegozo).

Análisis estadístico de los datos con SPSS.

Resultados. El número total de menores que cumplen criterios para inclusión el estudio es de 238. Distribución por sexos: niños 114 (47,90%); niñas 124 (52,10%).

Distribución por edades: < 6 años 101 (42,44%); > 6 años 137 (57,56%).

Prevalencia de sobrepeso y obesidad global.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en función del sexo.

Prevalencia en función de la edad (diferencia estadísticamente significativa).

Prevalencia en <6 años: IMC<90, 91,09% (92); IMC>90<97, 2,97% (3); IMC>97, 5,94% (6)

Prevalencia en >6 años: IMC<90, 83,94% (115); IMC>90<97, 1,46% (2); IMC>97, 14,60% (20)

Conclusiones. A pesar de constituir un grupo de alto riesgo la prevalencia global del sobrepeso (13,02%) y de la obesidad (10,92%) en los menores ingresados en el Centro de protección es inferior a la de la población infantil en Andalucía.

No existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de obesidad y sobrepeso en función de la edad en los menores ingresados. Aumentando con la edad.

A raíz de estos datos se implementó en el Centro un programa específico de prevención de la obesidad ("merienda saludable y ejercicio"). Está pendiente analizar la evolución de los menores que permanecen ingresados para valorar la efectividad del mismo.

El final de la vida: Cuestiones generales

F. Moreno Madrid
U.G.C. Pediatría. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Legislación

RESUMEN

El gran avance tecnológico de la medicina, junto al envejecimiento progresivo de la población, han provocado que en los últimos años, la mayoría de las cuestiones sobre el final de la vida, estén planteando numerosos interrogantes éticos, jurídicos, políticos y sociales., siendo uno de los principales motivos de controversia en la medicina actual.

En este artículo hacemos una revisión general sobre los aspectos que consideramos de mayor interés, para en una segunda parte estudiar el apartado específicamente pediátrico.

Se realiza una introducción, sobre el sentido del final de la vida.

Se definen y analizan los escenarios más relevantes como son: eutanasia, obstinación terapéutica, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, rechazo del tratamiento, cuidados paliativos.

En un tercer apartado, se comenta con brevedad la regulación jurídica, en especial el polémico proyecto de ley actual.

El cuarto apartado, analiza los motivos más habituales de controversia: autonomía del paciente, calidad de vida y muerte digna, pendiente resbaladiza, riesgo para los más débiles, religión.

Se finaliza con la opinión personal del autor.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el gran avance tecnológico que ha experimentado la medicina ha hecho posible que se pueda mantener con medidas de soporte vital prolongado a pacientes con enfermedades irreversibles durante mucho tiempo. Está generando debate social y preocupación la

posibilidad de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos inútiles, que ocasionen un sufrimiento innecesario.

La mayoría de las cuestiones sobre el final de la vida, están planteando numerosos interrogantes éticos, jurídicos, políticos y sociales.

El hombre es superior al resto al resto de los seres de la naturaleza por su espiritualidad. El ser humano es el único que vive su vida conscientemente, es el único que se pregunta sobre su vida y sobre la propia existencia del mundo exterior.

Todas las sociedades se han preguntado de una u otra forma, de dónde venimos y a dónde vamos, ¿cuál es el sentido de nuestra vida?, ¿por qué hay algo, en lugar de no haber nada?.

La búsqueda de respuestas a estas preguntas es un compromiso, un imperativo de la propia naturaleza humana. No existe a lo largo de la historia, ninguna sociedad que no se haya planteado estas preguntas, e intentar responderlas. Diversas culturas y pensamientos coinciden en que una de las mayores expresiones de nuestra libertad es la de poder preguntarse de donde venimos y a donde vamos, forma parte de nuestra propia existencia.

Diversos intelectuales coinciden en que para poder responder o enfrentarse al enigma de la muerte, hay que responder antes al interrogante del sentido de nuestra vida, de las causas últimas de

nuestra existencia, lo que cada uno hacemos, o no hacemos de forma totalmente personal, desde nuestras creencias, experiencias, valores. En la búsqueda de ese sentido de la vida, acabamos encontrándonos de forma inexorable, antes o después con el final de la vida.

Las decisiones que pueden tomarse al final de la vida, son de una importancia y valor fundamentales, ya que afectan a valores esenciales de la persona humana: el valor de la vida, y el valor de la dignidad humanas (nada más, y nada menos).

Existe una cierta huida, una cierta resistencia al análisis intelectual de este período, probablemente por un doble motivo, porque no nos atraiga especialmente reflexionar sobre ello; y también por la propia resistencia y dificultad del tema. En las sociedades avanzadas suele ser una cuestión incómoda, con una cierta tendencia a su negación.

Para poder afrontar la muerte de otras personas, especialmente si son próximas por vínculos afectivos, se necesita una toma de conciencia previa de nuestra propia muerte y su aceptación. Es imposible poder acompañar con empatía, si no hemos aceptado antes nuestro propio final. Es frecuente que con diferentes excusas se huya del acompañamiento de seres próximos, cuando en realidad estamos proyectando en nosotros mismos, los miedos y temores que nos produce su situación.

No asumir nuestro propio final, puede empobrecer el sentido de nuestra vida.

“Los confines de la vida en general, y de la vida humana en particular, tienen algo de misteriosos, lo han sido en el pasado, lo son hoy y probablemente lo serán siempre-”¹

CONCEPTOS

Se definen y analizan las situaciones más relevantes, que se pueden plantear o encontrar al final de la vida.

Eutanasia

En la actualidad es una práctica que está legalizada o despenalizada en Holanda, Bélgica, Colombia. El suicidio asistido es legal en Suiza y Oregón.

Existe una tendencia muy fuerte en la medicina actual importada de los países anglosajones, en defensa de los “derechos de salida”, que defiende las diferentes variantes de terminación inducida de la vida.

Son un derecho que debe tener el paciente y que hay que ofrecer, se dan principalmente dos argumentos:

- Su derecho a la autonomía
- Su sufrimiento

Etimológicamente significa buena muerte, deriva del griego (eu: bueno, thánatos: muerte).

La asociación médica mundial la define como “el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente”

La sociedad española de cuidados paliativos la define como “una conducta (acción u omisión) intencionadamente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”

Clásicamente se distingue entre E. activa (por acción), y pasiva (por omisión), aunque desde el punto de vista ético no existen diferencias. Tan eutanasia sería inyectar un fármaco letal (activa), como omitir una medida terapéutica que esté correctamente indicada, cuando la

intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo.

Las características más importantes de la eutanasia, son:

- Produce la muerte de los pacientes
- Se realiza a petición expresa, e informada y reiterada, de los pacientes en situación de capacidad. Sin esa petición (consentimiento), sería un homicidio. La eutanasia es por definición voluntaria, la mal llamada "involuntaria", es un homicidio.

- En un contexto de sufrimiento, por enfermedad incurable.

- Es realizada por profesionales sanitarios, que conocen a los pacientes, no por ciudadanos.

Suicidio medicamente asistido

Prescribir fármacos que el paciente usará para quitarse la vida. Desde el punto de vista ético y médico es similar a la eutanasia.

Obstinación terapéutica

O distanasia, etimológicamente es lo contrario a eutanasia. Se intenta retrasar la muerte todo lo posible, aunque no exista ninguna esperanza de curación, y se esté provocando un sufrimiento innecesario. Se utilizan medios terapéuticos desproporcionados o extraordinarios.

Se define como: situación en la que una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

Siempre se ha considerado, que es una conducta contraria a la ética profesional, aunque es cierto que existen

profesionales (pocos), que no comparten o entienden el concepto, que en algunos pacientes la mejor opción y la más razonable es "dejar de hacer".

Limitación del esfuerzo terapéutico

Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación carente de expectativas razonables de mejoría.

Se realiza en la gran mayoría de las unidades de cuidados intensivos, existiendo un consenso ético amplio sobre su empleo. Incluso en muchas unidades, se aplicación se considera un criterio de calidad.

Permite la muerte, a diferencia de la eutanasia que la produce. Depende principalmente de los profesionales, basándose en criterios clínicos o terapéuticos, aunque no siempre es fácil, todos sabemos que en Medicina las certezas no son absolutas.

Sedación paliativa

Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal o de agonía, para aliviar uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la ley.

Aunque puede acortar la vida del enfermo, como efecto indirecto, Se diferencia de la eutanasia en su:

- a) finalidad, aliviar el sufrimiento (no provocar la muerte)

b) Indicación, control de síntomas refractarios (no el provocar la muerte)

c) Procedimiento, utilización de la mínima dosis posible y de forma gradual.

Está aceptada desde el punto de vista ético y legal. Basándose en el "principio del doble efecto" realizado por Santo Tomás de Aquino.

Rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento

Es una decisión que corresponde al paciente, a diferencia de la LET que corresponde principalmente al profesional.

Forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que constituye el pilar básico de la Bioética actual, que parte del principio de que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía, y tomar las decisiones que estimen convenientes sobre su salud.

Es frecuente, que al profesional le resulte difícil aceptar que no se apliquen medidas, que sean beneficiosas para la salud, incluso para la misma supervivencia, y más difícil es tener que retirarlas, si el paciente lo solicita.

Por muy indicadas que puedan estar las medidas, el profesional no tiene obligación ética, ni jurídica de aplicarlas, si el paciente las rechaza.

El marco legal, está claramente definido en la ley básica 41/2002 de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: " el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles". "Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley"

Cuidados paliativos

Para la OMS son: las actuaciones realizadas para mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes y sus familias que se enfrentan al problema de una enfermedad potencialmente mortal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

Su principal finalidad y utilidad es proporcionar la mayor calidad de vida posible a los pacientes con enfermedades terminales.

Como déficit, podemos señalar que durante los últimos años han conseguido sobresalientes avances y resultados en los enfermos oncológicos, pero no ha sido así en lo referente a las enfermedades cardiovasculares. Los pacientes en los estadios finales de la insuficiencia cardíaca reciben con frecuencia tratamientos agresivos hasta el final de su vida.

Numerosos estudios muestran que la petición de eutanasia por los enfermos disminuye cuando existen profesionales bien formados en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos.

La Medicina paliativa se ha identificado con frecuencia, con el concepto de *acompañamiento*.

Las personas necesitamos existencialmente estar acompañados, especialmente en las situaciones adversas¹². Somos seres sociales, que necesitamos de los demás. La sensación de soledad, de no tener nadie al lado en esos momentos, nos produce una tremenda angustia.

El acompañamiento supone una parte fundamental de los cuidados paliativos, por oposición a otras conductas:

El abandono del enfermo en situación terminal, porque "no hay nada que hacer"

La perjudicial obstinación terapéutica, que supone un sufrimiento físico y moral.

La fácil "solución" de eliminar a la persona que sufre.

REGULACIÓN JURÍDICA

Marco jurídico vigente

El Tribunal Constitucional no reconoce “el derecho a la propia muerte”, no existiendo por tanto el derecho a la eutanasia y al suicidio asistido (STC 120/1990).

El derecho a la vida, recogido en el artículo 15, no se admite en su vertiente negativa (derecho a la propia muerte). Ambas conductas, se encuentran penalizadas en el artículo 143 del Código Penal (que regula de forma general, la participación en el suicidio de otra persona), en el título correspondiente al homicidio y sus formas.

Aunque no los cita de forma expresa la eutanasia y el suicidio asistido, son para el Código una forma especial de homicidio, que implica la participación en el suicidio voluntario de otra persona. Para cualquier modificación del Código Penal, se requiere una Ley Orgánica.

Proyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida.

Se encuentra en el Congreso de los Diputados para su tramitación, de futuro incierto, por la reciente convocatoria de elecciones generales, ha generado una gran controversia y preocupación en el mundo sanitario.

Se ha dicho que legaliza la eutanasia, lo que no es cierto, ya que no es posible, sin una modificación del Código Penal actual.

Pero sacraliza hasta el extremo los derechos del paciente y su voluntad, dejando al profesional en una situación de indefensión e inseguridad jurídica.

Disposición adicional primera

Es sin duda el apartado más polémico.

Anula el artículo 11.3 de la ley 41/2002 de autonomía del paciente. “no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*”.

Se suprime uno de los más importantes preceptos legales, en los que se basa y apoya el profesional, en caso de contraposición de criterios con el paciente o sus familiares, y para su propio ejercicio médico.

La *lex artis*, según jurisprudencia constante del Tribunal Supremo, es la correcta, la adecuada práctica médica. Un acto médico respeta la *lex artis* cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento. Asegura que la actuación médica sea en cada momento la adecuada, según la mejor evidencia disponible y con los condicionantes deontológicos. Es la garantía de una correcta práctica profesional y es irrenunciable para los profesionales sanitarios. En ningún caso se modifica por los valores o creencias personales de los profesionales.

No se puede anteponer la voluntad del paciente (testamento vital), a la *lex artis*.

No se puede exigir a un médico una actuación contraria a la buena práctica profesional, por mucho que lo solicite el paciente.

La eliminación de este artículo, es como mínimo sorprendente, más cuando el mismo proyecto de ley hace referencia en el artículo 17.1 a la *lex artis* como referencia fundamental del criterio clínico.

¿Acaso en los enfermos al final de su vida, no es posible o no existen decisiones clínicas?

El excelente documento de OMC Y SECPAL se manifiesta frente a esta supresión de forma rotunda “*el anteproyecto de ley obliga al personal sanitario a ejecutar las instrucciones de los pacientes, aunque éstas sean contrarias a la lex artis, no sólo se permite, sino que se despenaliza la mala praxis, e incluso obliga a realizar diagnósticos o procedimientos erróneos si el paciente así lo solicita*”

Un profesional, nunca puede obviar la *lex artis* o buena práctica clínica. Constituye la mayor garantía para el médico y para el paciente. La gran mayoría de las sentencias por negligencia contra los

profesionales, son precisamente por no haber aplicado la *lex artis*.

Objeto

art. 1: *“asegurar la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida y garantizar el pleno respeto de su libre voluntad en la toma de las decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso”*

Los dos pilares básicos de la ley son Derechos del paciente y su voluntad.

Siendo la función del médico acatar y ejecutar la voluntad del paciente .

Exposición de motivos

El elemento central del marco de actuación de los profesionales sanitarios es el respeto a la *voluntad del paciente*, que se configura *como mandato fundamental* del personal sanitario y en consecuencia, como clave de su *seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad*

“las infracciones de lo dispuesto en la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador”

Las personas al afrontar el proceso del final de la vida no lo van a hacer al albur de la posición asumida o de la sensibilidad de unos concretos profesionales sanitarios.

Son sólo algunos ejemplos, de la ley. Analizarlos en profundidad excede de la finalidad de este artículo. No parece demostrar una gran confianza en los profesionales para enfrentarse a estas situaciones, es como si nuestra mayor preocupación e interés, fuera la obstinación, o encarnizamiento terapéutico, hacer sufrir al enfermo innecesariamente.

Independientemente de valoraciones u opiniones personales, el proyecto de ley deja al profesional en una situación de inseguridad jurídica (lo contrario de lo que pretende), al suprimir la subordinación de estas decisiones a la buena práctica profesional. Por extrañeza que parezca, la misma legalización de la eutanasia, podría proporcionar mayor certidumbre y

seguridad, que estas “soluciones o caminos intermedios”.

Independientemente de opiniones personales, la ley no se discute, simplemente se acata y se intenta conseguir la objeción de conciencia para quien no lo comparta. La ausencia de la posibilidad de objeción de conciencia, es otra de las críticas importantes que se le hacen al proyecto.

DISCUSIÓN Y CONTROVERSIAS

Autonomía del paciente

La relación médico paciente ha cambiado profundamente en las últimas décadas, pasándose de un modelo paternalista, donde la opinión del paciente apenas era tenida en cuenta, al modelo actual donde prima la autonomía del paciente, equivalente a su decisión, a su capacidad de tomar decisiones.

Sin pretender en absoluto cuestionar este modelo, que sin duda supone un avance y una mejora de nuestros derechos, siendo la relación habitual en las sociedades avanzadas y democráticas, sí existen muchos médicos que pensamos que en los temas referentes al final de la vida, presenta algunas deficiencias o dificultades:

- Una decisión para ser autónoma, precisa ser voluntaria y libre, para lo que la persona debe ser capaz de comprender y entender.

- La capacidad de decisión del enfermo terminal, es con frecuencia muy limitada

- Se exagera la capacidad de elección del paciente y familiares, cuando la realidad es que esa elección depende en gran medida, de cómo lo plante y explique el médico

- Es frecuente que las opciones terapéuticas sean escasas.

- Las decisiones pueden ser complejas.

- Se exagera, se magnifica o idealiza el principio.

- Se idealizan las capacidades del paciente terminal, esperando que participe de forma activa e informada en todas las decisiones sobre el final de la vida
- Por desgracia en muchas ocasiones, no hay nada que decidir

Calidad de vida, vida digna y muerte digna

La calidad de vida es definida por la OMS: como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes..

Es un concepto muy subjetivo, que depende de la personalidad, ambiente, relaciones. Con frecuencia se identifica calidad de vida, con dignidad, es evidente una cierta relación entre ellas, pero la dignidad es un concepto más profundo, independiente de las condiciones que pueda presentar una persona en un momento determinado, está ligada a la propia vida, a los derechos humanos fundamentales, a la radical igualdad de todos los seres humanos. Tiene valor por sí misma, con independencia de la calidad de vida, de su deterioro. Si no fuera así las personas con graves limitaciones o deficiencias tendrían menos dignidad. La declaración universal de los derechos humanos recoge la igual dignidad de los seres humanos. Las personas siempre son dignas.

El derecho a la vida deriva directamente de la dignidad de la persona, que conservan todas las personas por enfermas que estén. No se puede hacer depender el derecho a la vida de su calidad.

Todos los enfermos terminales, tienen derecho a tener una serie de cuidados y atenciones, en las que estamos todos de acuerdo, y que suelen identificarse con el concepto de muerte digna:

- No sufrir inútilmente
- Respeto a su libertad de conciencia
- Conocer la verdad sobre su enfermedad
- Decidir sobre sí mismo, y sobre las posibles intervenciones
- Asistencia espiritual
- Diálogo e información con el personal sanitario.

El término de “muerte digna” tiende a asociarse en los últimos años, por los medios de comunicación y por la población en general, con los defensores de la eutanasia, cuando debería ser un término de todos.

Muchos pensamos que la muerte no es digna o indigna. La dignidad de la muerte, es inherente a la propia persona, que posee dignidad siempre.

Pendiente resbaladiza o plano inclinado

Es uno de los argumentos más clásicos, utilizados en contra de la legalización de la eutanasia. Se comienza realizando en casos excepcionales, para finalizar realizándola en pacientes que no han dado su consentimiento.

En Holanda se aprobó, en principio con unas condiciones muy exigentes, que de forma progresiva se fueron ampliando.

Los defensores de su legalización argumentan que no se produce en la práctica esa pendiente, y que es un argumento falso.

La realidad nos demuestra, que en otros temas que generan conflictividad social (ej, aborto), se regula para casos muy tasados, hasta convertirlo en un hecho socialmente admisible, ampliándose cada vez más los supuestos.

Aunque nos movemos en el terreno estrictamente teórico, no tendría porque ser distinto para la legalización de estas prácticas. Se presentan de entrada para casos extremos, dramáticos, hasta ser vista socialmente como una alternativa “normal” ante enfermedades más o menos irreversibles.

Indefensión o riesgo para los más débiles

Argumento directamente conectado con el anterior, la legalización de estas prácticas puede hacer que los enfermos más graves e incapacitados, se sientan “presionados” a pedir un final más rápido, para dejar de ser una carga para los demás.

Motivos religiosos

Es frecuente que los defensores de la eutanasia, identifiquen a los detractores con la posición oficial de la Iglesia Católica. En la realidad es la misma posición, que mantienen prácticamente todas las religiones (judaísmo, hinduismo, islamismo..).

Cuando se reducen los argumentos al terreno religioso, se le considera de entrada, como un argumento de por sí suficiente, para no profundizar ni debatir otros posibles argumentos.

La posición católica, la expresó con claridad Juan Pablo II: “ el derecho del hombre a la vida es el derecho fundamental, raíz y fuente de todos los demás derechos. Se está introduciendo en la opinión pública una cultura que presenta el aborto y la eutanasia como un signo de progreso y conquista de la libertad, siendo las posturas contrarias enemigas de la libertad y el progreso”

Encarnizamiento terapéutico versus eutanasia, versus cuidados paliativos

Se presenta como algo habitual en nuestros hospitales. Cuando la realidad, suele ser la existencia de consenso entre familia y profesionales. Incluso es más frecuente la situación contraria, en la que la familia muestra reticencias cuando se le explica, que ha llegado el momento de “parar”.

Se pretende, con cierta frecuencia, la existencia de sólo dos opciones extremas, la obstinación o encarnizamiento y la eutanasia, como si no existieran otras opciones intermedias entre ambas.

Para muchos profesionales y Sociedades Médicas, el punto intermedio entre estas dos posiciones extremas, lo representan los cuidados paliativos.

Unos cuidados paliativos, como un derecho fundamental de los pacientes al final de la vida, que siguiendo unos criterios de equidad y universalidad, serían la mejor solución ética, a las posibles deficiencias que pueda presentar la atención en esta época de la vida.

CONCLUSIÓN

En los últimos años se está produciendo un intenso debate en nuestra sociedad sobre las diferentes situaciones que se pueden producir al final de la vida y las correspondientes decisiones clínicas que se pueden adoptar.

Se está debatiendo sobre los contenidos y límites de lo que se denomina “muerte digna”, sobre si puede considerarse un derecho, cuyo desarrollo pueda conducir a poder escoger libremente el momento y la forma de la propia muerte. La repercusión que tendría en los profesionales sanitarios y sistemas de salud sería importante pues el reconocimiento del derecho supondría al mismo tiempo a una serie de deberes, que pueden originar polémica.

Pero la discusión no sólo se produce en el campo sanitario, sino también en el religioso, laboral, en el jurídico...los artículos, monografías, libros, páginas WEB.. Sobre el tema se cuentan por cientos.

Los defensores de lo que hoy se denominan “derechos de salida”, y dentro de ellos la eutanasia y el suicidio asistido, propugnan hasta su grado máximo, la primacía de la autonomía del paciente (autonomismo), defendiendo el derecho a decidir cada uno sobre nuestra propio final. El papel del profesional, no sólo queda ya

en un plano secundario, sino que se le imponen sanciones, si no sigue la voluntad del paciente. Pretenden hacer mayoritarios y legales, sus planteamientos en la sociedad, con una estrategia bien estudiada y diseñada., plenamente legítima. La estrategia creo que es clara, con ley Andaluza², se llega hasta el máximo permitido con la legislación actual, se es extremadamente prudente, se sacan del debate los términos de eutanasia y suicidio asistido que se saben son conflictivos, y se consigue el objetivo pretendido y un claro paso adelante. En una segunda fase, se hace una ley de obligado cumplimiento para todo el Estado forzando de nuevo hasta el límite la legalidad (aquí nos encontramos en este momento), y se consigue un nuevo avance. Por último, se cambia el Código Penal.

A veces los críticos de esta filosofía, caen a mi juicio en la exageración, cuando argumentan que el último paso sería “eliminar” a todos los enfermos ancianos, a los deficientes.. Estoy convencido que se pretende regular los contenidos, de forma rigurosa, y al mismo tiempo respetar esos contenidos y sus límites. Es una corriente de opinión, que cuenta con un importante apoyo mediático y político, con autores de un gran prestigio intelectual, y con importantes aportaciones en el campo de la Bioética. La mayoría realizan sus propuestas desde una corriente de pensamiento o ideología, respetable y democrática, tan respetable y democrática como la que no comparte o difiere de sus ideas.

Argumentan que los contrarios a la eutanasia, utilizan y defienden conceptos de una indiscutible riqueza, profundidad y trascendencia moral e intelectual, pero que no dejan de ser valores o ideas personales, que pertenecen al ámbito de lo privado y por tanto no se pueden imponer a la sociedad.

¿Acaso sus ideas, no son también personales?.

¿Porqué, ellas, sí, pueden imponerse a toda la sociedad?

Si todo está claro, no hay dudas, preguntas, interrogantes como se pretende, ¿por qué se sigue discutiendo apasionadamente sobre el tema?, ¿existe alguien que no elija morir, sin dolor, en su casa, rodeado de sus seres queridos, de forma rápida..? ¿Quién decide?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?.

La realidad de un enfermo terminal, y la relación con sus familiares, es mucho más compleja de lo que se pretende

Autonomía y derechos llevados hasta su grado más extremo, es una lectura reduccionista. Es difícil, muy difícil, trasladar unas ideas, una línea de pensamiento, y aplicarlas a un enfermo como si fuera una simple operación matemática. A veces tengo la impresión (probablemente subjetiva), que se pretende dejar fuera de este debate al profesional. El papel del médico se ve con desconfianza, como si su principal objetivo fuera hacer sufrir al enfermo, y no aliviarlo, producirle dolor y no suprimirlo. Como sucede con frecuencia en otros debates, se pasa de un extremo a otro. Del modelo paternalista, donde no se tenía en cuenta al paciente; al autonomista extremo, en el que la única función del profesional es acatar y ejecutar la voluntad del paciente, decidiendo éste no sólo el cómo, sino el cuándo morir

Muchas revisiones y artículos, parten de la premisa de que el modelo paternalista, está todavía vigente en nuestra sanidad. Nada más lejos de la realidad, defender que en la actualidad el enfermo no se tiene en cuenta prácticamente para nada, supone un profundo desconocimiento de lo que es hoy el ejercicio diario de nuestra profesión.

A pesar de su complejidad y dificultad, a diferencia de otros temas de la Bioética, que requieren de un estudio

riguroso y profundo para tener algún conocimiento sobre ellos y poder emitir algún juicio o valoración, mi impresión personal es que cuando comienzas a leer sobre “el final de la vida”, de forma rápida, automática te haces tu propio juicio, sin precisar grandes conocimientos sobre la materia, probablemente forme parte de nuestra conciencia, de nuestro ADN como personas.

En una magnífica publicación de la Consejería de Salud Andaluza,⁵ sobre muerte digna, se dice textualmente que “eutanasia, es una hermosa palabra”(etimológicamente).

De todas las palabras, relacionadas con el final de la vida, la que me parece realmente hermosa, desde el primer momento, de forma totalmente intuitiva es la de **acompañamiento**, es la que yo escojo para finalizar esta modesta reflexión. Acompañar y ser acompañado, acompañar a los demás, como la mejor forma de acompañarse a uno mismo. Acompañar como médico al final de la vida, al inicio, o en la mitad. Acompañar al enfermo y a su familia. Acompañar a tus seres queridos, y que ellos te acompañen a ti, a tus amigos, a los amigos de tus amigos.. Acompañar y ser acompañado. Vivir y morir acompañado.

REFERENCIAS

1. Ley 41/ 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Ley 2/2010, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte

3. Proyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011.

4. M. Martínez. La muerte: reflexiones desde la Bioética. Colegio Médicos Madrid. 2010.

5. Ética y muerte digna. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2008

6. D. Gracia. Como arqueros en el blanco. Ed. Tricastela, 2004

7. D. Gracia, J. Judez. Ética en la práctica clínica. 2004.

8. A. Sanz, M.L Del Valle, L Flores. Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. Cuadernos de Bioética. XVII. 2006.

9. Monzón J, Saralegui I. Las órdenes de no reanimación: cuándo, porqué y cómo pueden establecerse. Neurolog.2005; 1(4): 40- 46

10. Simón P, Barrio I, Alarcos f, BarberoJ, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Calidad Asistencial 2008; 23(6): 271- 85.

11. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Indicadores y estándares de calidad en Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

12. Morrison R, Meier D. Palliative care. New England Journal of Medicine 350, 2004, 3582- 2590

De Madrid a San Petersburgo y de San Petersburgo a Madrid

Ana Gómez Vélez

Humanidades

Mucha gente no sabrá que el 26 de febrero de este año era sábado, yo estoy completamente segura de que fue así ya que es en sábado cuando me doy el lujo de sentarme a leer tranquilamente el periódico recién traído y desayunar sin prisas y sin interrupciones. Desde ese día guardo un artículo que apareció en El País, en la sección de cultura, en una de las cajas y carpetas que llenan mi estantería y en donde colecciono artículos, noticias, folletos de visitas realizadas en los viajes, libretas con anotaciones, etc... , en fin, todo aquello que me interesa y me puede ser útil en un momento dado.

Dicho artículo hacía referencia a la inauguración, el día anterior en San Petersburgo, de una exposición temporal con fondos cedidos por el Museo del Prado al Hermitage, esa muestra era fruto de la colaboración entre las dos pinacotecas (El Prado y El Hermitage) quienes firmaron un convenio por el cual se celebrarían dos exposiciones, la primera llamada *El Prado en el Hermitage*, entre el 25 de febrero al 29 de mayo en San Petersburgo, y la segunda, *Tesoros del Hermitage*, en Madrid entre el 8 de noviembre y el 26 de marzo de 2011. El interés está servido para los amantes del arte, para los que viajan en el tiempo, bucean en la historia y sienten curiosidad por aquellas muestras de cultura que quizá no se puedan conocer "in situ". Las palabras del director del Prado, Miguel Zugaza, definen perfectamente el contenido de estas exposiciones "El visitante podrá contemplar un museo

dentro de otro: un Prado concentrado y excelente con todas las variedades de maestros y escuelas dentro del Hermitage y una selección cuidadísima del Hermitage en las salas del Prado".

Estas dos exposiciones se encuentran dentro del programa de actividades y eventos que se celebran con motivo del Año Dual España-Rusia 2011, siendo el principal objetivo de este proyecto la consolidación de las relaciones entre ambos Estados, dentro de un contexto marcado por la innovación y el progreso tecnológico, en donde se den a conocer las respectivas culturas ajustándose a la realidad que viven actualmente y alejándose de los estereotipos creados a lo largo del tiempo.

Uno de los objetivos que tenía en mente el comisario de la muestra *El Prado en el Hermitage*, Gabriele Finaldi, era, según palabras textuales "Crear un museo dentro de otro", hecho que podría haber resultado casi imposible pues los tres millones de piezas del Hermitage asustan ya que podría diluir la importancia de crear temporalmente ese "pequeño museo" efímero, pero que por el contrario ha resplandecido pues se ha convertido en la exposición temporal más visitada de la historia del museo ruso. La gran calidad estética y la representatividad tanto histórica como institucional de las 66 piezas seleccionadas y exportadas para la exposición, la mayor muestra de pintura que nunca ha salido del Museo del Prado,

ponen de manifiesto el papel de la monarquía española en la constitución de la colección real, germen de los fondos del Museo del Prado. Las obras pertenecen a la escuela española, italiana y flamenca, y abarcan un marco cronológico de 400 años, entre el siglo XV hasta el XIX, y en donde el retrato cobra un papel significativo en esta selección ya que presenta a los principales artífices de la colección española, tales como el retrato de Carlos V realizado por Tiziano, el de Felipe IV pintado por Velázquez o el del rey Fernando VII por Goya, que cerraba la exposición. A la vez que se presentaban a los impulsores de la colección mediante el género del retrato, también se seleccionaron obras que mostraban el interés de la realeza por otros géneros, como el mitológico, el religioso, el paisaje o la pintura de género.



Figura 1. *San Sebastián de José Ribera.*

Hay quien ha querido ver “guiños” en la exposición con obras como el retrato de Potemkin, embajador de Rusia en España, o la pintura de Goya del general José de Urrutia condecorado con la cruz de San Jorge otorgada por Catalina la Grande por haber participado en la primera guerra de Crimea, pero más que guiños son pruebas plásticas evidentes de las relaciones entre los dos estados durante la historia de ambos.



Figura 2. *Peine con escena de batalla. Anónimo.*

Quedamos expectantes ante la próxima inauguración de la exposición hermana que acogerán las salas de la ampliación del Museo del Prado. Este espacio se convertirá en un pequeño Hermitage, al igual que el Hermitage se convirtió en un pequeño Museo del Prado, ya que se han seleccionado ciento setenta obras que ofrecerán una visión significativa de la amplia colección de la pinacoteca de San Petersburgo y entre las que se encuentran piezas de arqueología, artes decorativas, pintura, escultura y dibujo pertenecientes a un amplio período cronológico que va desde el siglo V a.C. hasta el siglo XX.



Figura 3. *Magdalena en meditación. Antonio Cánova.*

El palacio-museo del Hermitage, constituido por varios edificios que se disponen junto al río Neva y destacando el Palacio de Invierno, fue residencia de Catalina la Grande quien inició la colección con la compra de 225 cuadros de pintura holandesa y flamenca con el objetivo de decorar las suntuosas estancias de su nueva residencia. Posteriormente se fue incrementando con otras adquisiciones, como las del zar Alejandro I, quien compró la colección privada de la emperatriz Josefina y posteriormente a sus herederos compró varias obras entre las que se encontraban pinturas de Tiziano y Rubens, además de esculturas de Antonio Cánova. Así se constituyó una de las más amplias y antiguas pinacotecas del mundo, abierta al público desde 1851 por el zar Nicolás I, aunque con carácter restrictivo ya que sólo accedían las clases altas, pero a partir de la Revolución Rusa de 1917 fue declarado Museo Estatal quedando abierto a todo el público.



Figura 4. *Composición VI. Kandinsky.*

De los abundantes fondos, más de tres millones de piezas, que se albergan en varios edificios que componen la pinacoteca rusa se mostrarán al público español piezas de arte decorativo como un Vaso florero de Carl Fabergé o piezas de arqueología como joyería siberiana perteneciente a la colección de Pedro el Grande. Entre las piezas de pintura encontraremos desde obras de Tiziano, Ribera, Rubens o Rembrandt hasta obras de Kandinsky y Malevich, representantes de la vanguardia rusa de primeros de siglo XX; esta selección ratifica una de las

características más destacadas del Hermitage, su enciclopedismo. Así mismo, en escultura podremos disfrutar un boceto de Bernini del Éxtasis de Santa Teresa, realizado en terracota, o de la Magdalena en meditación de Antonio Cánova.

Si la exposición de San Petersburgo se convirtió en la más visitada en la historia del Hermitage, posiblemente la del Museo del Prado iguale o supere a la del museo ruso; no puede ser de otro modo ya que las expectativas creadas por las ciento setenta obras que viajarán a España hacen que se convierta en una de las grandes exposiciones que ha acogido el Prado, como la de Sorolla, y hago mención a ella puesto que más de un interesado se quedó sin verla a pesar de prolongar su apertura unos pocos días más, por este motivo hay que estar prevenido para programar una visita con antelación pues los meses pasan y no nos damos ni cuenta. Este es el objetivo del artículo avisar para no perder de vista el agradable acontecimiento que se nos avecina, salvo que alguien desee realizar un viaje a San Petersburgo y visitar el Hermitage, que tampoco es mala idea.