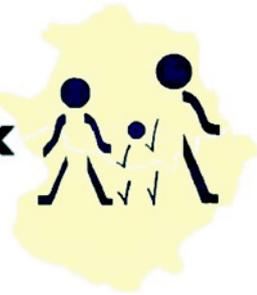




SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA



FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Diciembre 2004

Número 17

FORO PEDIÁTRICO
ES UNA
PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL DE LA
SOCIEDAD DE
PEDIATRÍA DE
ATENCIÓN
PRIMARIA DE
EXTREMADURA QUE
SE DISTRIBUYE
GRATUITAMENTE A
TODOS SUS
ASOCIADOS POR
CORTESÍA DE

MSD

**Sociedad de
Pediatría de
Atención Primaria
de Extremadura**

Colegio Oficial
de Médicos

Avda. Colón 21

www.spapex.org

Editor:

Jaime J. Cuervo
Valdés

Imprime:

Imprenta Rayego
Badajoz

SUMARIO

EDITORIAL	PAG 2
UNA OPINIÓN SOBRE <i>Sección de Pediatría de Atención Primaria de Cáceres</i>	PAG 3
CARTAS	
Federación Española de Enfermedades Raras	PAG 4
Programa de Inmunización frente a la Varicela para personas incluidas en Grupos de Riesgo	PAG 5
NOTICIAS	
Sobre enfermería pediátrica	PAG 6
Sobre necesidades de pediatras	PAG 7
Avance de programa IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura	PAG 8
Avance de programa de Jornada de errores innatos del metabolismo	PAG 9
Actualización y manejo de las infecciones urinarias en el niño <i>Cecilia M Gómez Málaga J Mª García Blanco</i>	PAG 10
Prevención y detección del maltrato infantil <i>Francisco Javier Soriano Faura</i>	PAG 15

CURSOS-CONGRESOS 2004-05

**26-27 de
Enero de 2005**

Jornada de errores
innatos del metabolismo

XX Aniversario de
Programas de Cribado
en Extremadura

Lugar de celebración
Badajoz

1-2 de Abril de 2005

IV Foro de Pediatría de
Atención Primaria en
Extremadura

Lugar de celebración
Badajoz





En los próximos días vais a recibir en vuestros Centros de trabajo, al menos un ejemplar del libro **Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia** del Grupo de Trabajo PrevInfad/PAPPS de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Creemos que ha sido un acierto del Servicio Extremeño de Salud y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura avalar esta publicación, que prestigia a ambas partes. Y debemos de felicitarnos porque nuestra Administración regional haya percibido la calidad de este trabajo y haya decidido dotar con un ejemplar a todos los Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.

Los pediatras de Atención Primaria siempre han comprendido la importancia de la prevención y los beneficios asociados a la incorporación de actividades preventivas al proceso de atención de la salud del niño y del adolescente. Las vacunas, la realización sistemática de pruebas de cribado para la detección precoz de diferentes enfermedades y los consejos de salud para evitar conductas de riesgo son pruebas evidentes de ello.

El Grupo PrevInfad/PAPPS lleva 15 años trabajando en la elaboración de recomendaciones de salud y evaluando la efectividad potencial y la eficacia de estas recomendaciones en resultados esperados sobre la salud del niño y adolescente. Su metodología de trabajo y el hecho de ser un grupo formado por pediatras que conocen la organización asistencial del Sistema de Salud de España y las características de nuestras consultas en Atención Primaria, nos dan razones suficientes para mejorar nuestra tarea en la atención que prestamos a los niños, priorizando aquellas de eficacia contrastada.

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que el Grupo PrevInfad/PAPPS es el equivalente en lengua castellana de las prestigiosas y clásicas guías de promoción de la salud: la U.S. Preventive Services Task Force y la Canadian Task Force on Preventive Health Care.

Como todos sabéis, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura está colaborando con el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil en la revisión, evaluación y actualización del programa de Control de Niño Sano en nuestra Comunidad. Por ello, nos sentimos doblemente satisfechos con la adquisición de éste libro por el Servicio Extremeño de Salud y su distribución por los Centros de Salud, ya que nuestro trabajo se basa en buena parte en éste documento y ello afirmará las propuestas que resulten finalmente.

En ésta misma línea, hace ya dos años constituimos un Grupo de trabajo con la Sociedad Extremeña de Enfermería Familiar y Comunitaria para evaluar la actividad de pediatras y enfermeras en la atención de niños y adolescentes en Atención Primaria.

Ya hemos reiterado en diversos foros y circunstancias nuestro convencimiento de que la atención pediátrica reúne una serie de especificidades que hacen necesaria la participación conjunta de pediatras y enfermeras en tareas específicas de atención a la salud integral del niño y del adolescente, como parte de la atención y cuidados que el Equipo de Atención Primaria (del que formamos parte) prestan al individuo, la familia y la comunidad, a lo largo de las distintas etapas de la vida; por ello, reclamamos una enfermera de pediatría por cada pediatra en los Centros de Salud.

Fruto de ésta colaboración, elaboramos una encuesta dirigida a pediatras y enfermeras que atienden a la población pediátrica, de una manera u otra.

El paso del tiempo y las circunstancias que han tenido lugar en los últimos años en la pediatría de Atención Primaria y con las transferencias sanitarias en nuestra región, nos llevaron a ampliar dicha encuesta y hacer una nueva valoración de la situación de la pediatría de Atención Primaria en nuestra Comunidad, 5 años después de la última encuesta.

En nuestro quehacer profesional muchos son los problemas a los que nos enfrentamos y las expectativas a las que aspiramos; y también son muchas las dificultades para poder ofrecer alternativas a la Administración sanitaria, especialmente por la escasez de pediatras.

Así, esta nueva encuesta os puede resultar más engorrosa y algo más difícil de rellenar; pero precisamos conocer bien las opiniones y el sentir de todo el colectivo de pediatras de Atención Primaria de Extremadura en las aspiraciones de mejora profesional del trabajo que realizamos y de la calidad en la atención que prestamos a los niños y adolescentes. Por ello, os pedimos un esfuerzo en completar y entregar la encuesta, de la que esperamos conclusiones que nos ayuden a seguir avanzando en éste camino.

Por el mismo motivo, os invitamos a que animéis a las enfermeras a rellenar las encuestas que, también, les hemos (o habéis) entregado. Gracias.

En éste mismo ejemplar podréis encontrar algunas actuaciones concretas que, desde la AEPap (de la que formamos parte), se han formulado al respecto de estas cuestiones.



SECCIÓN DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CÁCERES

Desde que hace casi cinco años se creara la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex), a la cual en estas fechas casi todos los pediatras de la Comunidad Extremeña estamos suscritos, muchos son los compañeros que vienen realizando un esfuerzo personal y profesional importante para que esta Sociedad única aglutine y reúna a las dos Provincias en lo que son nuestros problemas cotidianos, nuestra orientación científica y las reivindicaciones propias de nuestro perfil profesional, muchas veces menoscabado y olvidado por las autoridades sanitarias.

Con anterioridad, como ya sabéis, los pediatras de Cáceres estábamos adscritos a lo que denominamos Sección de Pediatría de Atención Primaria de Cáceres. Desde el punto de vista administrativo dicha Sección se ha mantenido en los últimos años en un claro y manifiesto intervalo de espera, no porque carezca de importancia en su cometido, si no porque por diversas razones Cáceres es una provincia dispersa y las dificultades de reunión han sido siempre un handicap importante para que las actividades programadas tuvieran una afluencia de profesionales suficiente para no caer en la desilusión de quienes las organizaban.

A pesar de ello un grupo de pediatras de Cáceres, apoyados y estimulados por la propia Dirección de SPAPex, creemos conveniente, cuando menos, plantear una posible recuperación de la Sección por varias razones que nos parecen importantes:

- 1- La situación general de los pediatras en ambas provincias es claramente distinta en muchos matices.
- 2- Las actividades docentes propias de cada Sección tienen una organización, aforo y lugar de realización diferentes.
- 3- La necesidad de tener un referente provincial claro, concreto y cercano para

manifestar nuestros problemas ya justificaría por sí misma la existencia de esta Sección

- 4- La Coordinación entre todos es fundamental para conseguir credibilidad y fuerza ante nuestros gestores en aquellos problemas planteados por las distintas Áreas de la Provincia.
- 5- Badajoz tiene su Sección funcionando con un buen rendimiento y mucha satisfacción, lo que demuestra que es viable y gratificante que nos unamos, aunque solo sea de vez en cuando, para aprender e intercambiar impresiones y conocimientos y compartir inquietudes profesionales, personales y ¿por qué no? también lúdicas.
- 6- Está demostrado que la riqueza de un grupo no es igual a la suma de la riqueza de cada unos de sus miembros, **sino mucho más.**

Por todas estas razones ¡¡¡¡ANIMAOS!!!

El día 2 de diciembre de 2004 os hemos convocado a una Reunión Científica que contará con la presencia de Miguel Bermejo, Pediatra del Centro de Salud la Paz de Badajoz, que nos hablará, desde un punto de vista absolutamente práctico, sobre el Abordaje desde Atención Primaria del Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAH), un tema que nos parece de absoluta actualidad y que esperamos sirva para contar con vosotros y poder decidir entre todos el futuro de nuestra Sección; asunto que será abordado a continuación. La reunión finalizará con un brindis muy especial por el futuro de todos nosotros.

ESPERAMOS CONTAR CON
TODOS VOSOTROS PARA
DAR CONTINUIDAD A ESTA
SECCIÓN DE PEDIATRÍA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE
CÁCERES DE LA SPAPex.



M^a JOSÉ SÁNCHEZ MARTÍNEZ
Delegada de FEDER-Extremadura

Las Enfermedades raras aunque de escasa frecuencia, 5/10.000 si nos fijamos en una patología específica, suponen de un 6-8% de la población desde una visión global de todas ellas. La Organización Mundial de la Salud recoge alrededor de 5000 enfermedades con dicha tasa de prevalencia. La mayoría de ellas son de origen genético (un 80%), manifestándose el 50% en niños y el otro 50% en la edad adulta.

En Extremadura se estima que pueden llegar a 60.000 afectados por enfermedades raras, repartidas por todo el territorio regional.

Estos niños son enfermos crónicos con una alta mortalidad y morbilidad, además de un alto grado de discapacidad y, por tanto un deterioro significativo de la calidad de vida.

Existe un gran desconocimiento de estas enfermedades y como abordarlas incluso por parte de los profesionales sanitarios que han manifestado la "inseguridad" que sienten al afrontar el tratamiento de los problemas cotidianos de estos pacientes. Esta inseguridad se basa fundamentalmente en el desconocimiento sobre la enfermedad debido a la poca experiencia en su manejo y a la inexistencia de guías clínicas o protocolos de estas enfermedades que sirvan de referencia al pediatra para tomar decisiones.

La concienciación y sensibilización existente en Extremadura de estas patologías por parte de la Administración, profesionales y asociación de pacientes hace posible el trabajo conjunto y coordinado, pues dada las características que presentan, sólo desde la coordinación y el trabajo en Red se puede dar respuesta a la problemática de estos pacientes.

Dada la dispersión de los afectados, el objetivo es formar grupos de profesionales que atienden a pacientes con las mismas patologías para promover el conocimiento y la investigación sobre una determinada enfermedad, fomentando la cooperación entre CC.AA. y países, estimulando la investigación científica, y organizando la formación.

Para ello contamos con el apoyo de la Consejería de Sanidad y Consumo, que en el DOE de 25 de Mayo de 2004 publica ORDEN de 14 de Mayo de 2004 por la que se crea el Sistema de Información sobre Enfermedades Raras, en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Este

Sistema de información está adscrito a la Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria y queda incluido como un sistema de información especial dentro de la Red de vigilancia epidemiológica de Extremadura, garantizando la confidencialidad de la información y asegurando que su uso sea estrictamente sanitario, con un nivel alto de seguridad.

Por otro lado el paciente necesita información y cuidados, es importante orientar al afectado hacia asociaciones para que no se sienta aislado y darle confianza para que toda la información que obtengan puedan compartirla. El médico debe ser el coordinador de toda la información.

Desde la Delegación Extremeña de Enfermedades Raras nos ofrecemos a todos los profesionales sanitarios, y a todas las personas que tengan relación con este tipo de enfermedades. Queremos ser un espacio donde los afectados o sus familias puedan expresar de una manera relajada sus dudas y preocupaciones sintiéndose acompañados.

En relación a la atención tenemos un **servicio de información y orientación (SIO)**, desde este servicio se da una atención individualizada en todos los casos, los pacientes además de necesitar mucha información sobre la enfermedad que padecen, quieren conocer a otras personas que padezcan su misma enfermedad, estableciéndose un intercambio fluido de información entre los Afectados, y FEDER. Trabajamos con ellos para que no se sientan aislados buscando contactos tanto a nivel regional como nacional, además de canalizar la necesidades que nos plantean.

FEDER colabora con la Consejería de Sanidad y Consumo en el Registro de Afectados. Todos los afectados que se ponen en contacto con nosotros les facilitamos un consentimiento informado que tienen que rellenar para formar parte de ese registro. Es necesario conocer la magnitud del problema para poder planificar.

Os mandamos trípticos informativos para distribuir entre los afectados y para vuestra información.

Estamos a vuestra disposición para todo lo que necesitéis, nos encontramos en:

c/ Sinfiriano Madroño, 16-2^ªL
06011-Badajoz
Tfno: 924 240066 / 924 252317
e-mail: federextremadura@telefonica.net
extremadura@enfermedades-raras.org



Carta dirigida al Subdirector de Salud Pública, a propósito de la Circular 3/2004 de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del S.E.S., sobre Programa de Inmunización frente a la Varicela para personas incluidas en Grupos de Riesgo, que se ha enviado a los Equipos de Atención Primaria.

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) tiene como principal objetivo buscar el máximo estado de salud del niño y del adolescente, entre lo que obviamente se incluyen todas las actividades preventivas.

En la actualidad, existen pruebas suficientes para recomendar la vacunación antivariela a todas las personas ≥ 12 meses de edad que son susceptibles a esta enfermedad. En países que llevan años con vacunación sistemática frente a varicela se ha demostrado una disminución clara del número de casos (en todos los grupos de edad, pero sobre todo en los niños de 1 a 4 años), así como de la tasa de hospitalizaciones y de mortalidad por varicela. Por ello, nos adherimos a las recomendaciones hechas por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, que en su calendario vacunal para el año 2.004 recomienda la vacunación universal de varicela en niños sanos entre los 12 y 15 meses de edad, así como la vacunación selectiva entre los 11 y 12 años de aquellos niños no vacunados previamente y con historia clínica fehaciente de no haber pasado la enfermedad, frente a cualquier otra estrategia que vaya dirigida a grupos concretos.

En nuestro país existen estudios de análisis de coste-beneficio favorables a la vacunación sistemática frente a varicela. Hasta ahora sólo la Comunidad Foral de Navarra ha dado los primeros pasos introduciendo la vacuna de varicela a adolescentes susceptibles. Por ello, aunque insuficiente para nuestras expectativas, vemos con buenos ojos que la Junta de Extremadura se muestre sensible a abrir las vías para un Programa de inmunización frente a varicela, aunque sea sólo para "Grupos de Riesgo"; como se recoge en la Circular 3/2004 de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud, sobre Programa de Inmunización frente a la Varicela para personas incluidas en Grupos de Riesgo (que amplía los grupos hasta ahora susceptibles), y que se ha puesto en marcha con fecha 1 de noviembre.

Aunque las complicaciones de varicela son más frecuentes en los grupos de riesgo, la mayoría de hospitalizaciones y muertes producidas por complicaciones de la varicela se dan en niños sin factores de riesgo; por ello, vemos difícil la consecución de algunos de los objetivos propuestos en dicha Circular.

Pero, lo que nos deja más perplejos es la decisión de que para llevar a cabo la vacunación en estos grupos de riesgo sea "necesario el informe del especialista hospitalario", a pesar de que el pediatra o médico de

Atención Primaria pueda indicarla, de forma individualizada, cuando una persona esté incluida en alguno/s de los grupos de riesgo.

Nos preguntamos si:

- El médico de Atención primaria (pediatra o médico de familia) ¿no está capacitado para hacer diagnósticos a sus pacientes?; ¿qué se supone que hacemos todos los días en nuestro trabajo?.
- Se nos propone "aprovechar cualquier consulta para recomendar la vacunación de las personas incluidas en algún/os grupo/s de riesgo", ¿qué debemos hacer entonces: remitirlo a una consulta hospitalaria, esperar a que sea visto, estudiado o confirmado el diagnóstico antes de proceder a la vacunación?.
- No se entiende que el médico de Atención Primaria (Pediatra/Médico de Familia) tenga que rellenar los anexos de solicitud de la vacuna, cuando la indicación "puede partir de cualquier médico que atiende al paciente (de Atención Primaria o de hospital)"; tenemos claro que no es éste nuestro único papel en la prevención de la Varicela.
- ¿Porqué hacerlo así en la vacuna de la varicela y no en otras vacunas indicadas para grupos de riesgo; como las de la gripe, neumococo, . . .?.
- ¿Qué requisitos y quién debe indicar la vacunación de los contactos seronegativos de los pacientes de alto riesgo?

Curiosamente, los Equipos de Atención Primaria son responsables de explicar (informar y educar) el "carácter selectivo" del Programa.

Y, por si no fuera suficientemente limitado el Programa de Inmunización frente a Varicela que se inicia en nuestra Comunidad, se exige, además, certificado de empadronamiento en un municipio extremeño.

Evidentemente, como pediatras y como profesionales que trabajamos en Atención Primaria no podemos compartir los contenidos de un Programa de Vacunación como éste ni, tampoco, las implicaciones que se derivan sobre nuestra capacidad para atender la salud de niños y adolescentes.

Esperamos que se revisen los contenidos de organización y ejecución de este Programa de Inmunización frente a la varicela, para que se pueda llevar a cabo sin trabas administrativas y con criterios de eficacia.



SOBRE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA



Pendiente de su aprobación por el Gobierno, recientemente se ha dado luz verde al proyecto de regulación y modificación de las Especialidades de Enfermería que, finalmente incluye la especialidad de Enfermería Pediátrica. Aunque esto no supone ningún cambio respecto de la necesidad de que enfermeras y pediatras compartan la atención a la población infantil en Atención Primaria, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ha hecho una reflexión pública al respecto.

DOCUMENTO AEPAP SOBRE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

En el momento actual estamos asistiendo al debate sobre el Proyecto de modificación de Especialidades de Enfermería y desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) contemplamos con preocupación cómo se omite nuevamente la creación de la Especialización en Enfermería Pediátrica.

Como conocedores y responsables de la atención sanitaria al niño y adolescente desde el nivel de Atención Primaria (AP) y por la repercusión que en la salud infantil y en nuestra actividad profesional tiene cualquier decisión que afecte a la Enfermería pediátrica, queremos poner de manifiesto la opinión de la Asociación al respecto.

Consideramos imprescindible la presencia de profesionales de enfermería dedicados al área materno-infantil de AP, con formación específica y una dedicación plena a las labores de atención a la población en edad pediátrica, siendo necesario, además, que exista una unidad de atención con el pediatra de AP. El

desempeño de las funciones que son propias de la enfermería pediátrica requiere de unos conocimientos y habilidades técnicas y de comunicación, determinadas por las especiales características de la población infantil, que no es posible adquirir con las adecuadas garantías sin realizar un periodo de formación específico, reglado y supervisado.

Aunque algunos indicadores del estado de salud de los niños y adolescentes españoles, como la cobertura vacunal o las revisiones periódicas de salud han alcanzado altos niveles de calidad, hay otros aspectos en los que hay una gran tarea por realizar. Áreas como la promoción de la lactancia materna o de estilos de vida saludables que prevengan la obesidad, las enfermedades alérgicas o los hábitos tóxicos, la educación sanitaria en la escuela o la atención a pacientes con enfermedades crónicas, por citar solamente algunos ejemplos, requieren de la presencia en los Equipos de AP de un adecuado número de profesionales de la Enfermería, que coordinados con los pediatras, y de manera conjunta, proporcionen la atención necesaria. Creemos que esa unidad de acción hará más eficiente nuestro sistema sanitario y permitirá afrontar en el futuro las actividades de intervención comunitaria, de prevención y de promoción de la salud en el niño y adolescente con garantías de calidad y eficacia.

Esperamos con esta carta contribuir a la reflexión de las personas e instituciones implicadas en estos temas y nos ponemos a su disposición si consideran oportuno nuestra participación en el debate.

AEPap
Octubre 2004





SOBRE NECESIDADES DE PEDIATRAS

En el seno de la Junta directiva de la Asociación Española de Pediatría, nuestros representantes hicieron una propuesta, que fue asumida por la propia AEP y aprobada en Asamblea, para iniciar un estudio que evalúe las necesidades de pediatras en nuestro país para poder atender adecuadamente la salud de niños y adolescentes.

Como un primer paso, el presidente de la AEP, Alfonso Delgado Rubio, remitió una carta al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las distintas Autonomías.

Dado que son de dominio público y creemos que son de interés general, transcribimos aquí dicha carta y la respuesta dada desde el Ministerio de Sanidad.

No tenemos constancia de que, a fecha de hoy, haya habido una respuesta por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

CARTA ENVIADA A LA EXCMA. SRA. MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO Y A LOS CONSEJEROS DE LAS DIFERENTES CC.AA.

Desarrollar una adecuada previsión de las necesidades de profesionales y sanitarios (y de sus especialistas) es una competencia del Sistema Nacional de Salud y creemos que constituye una ardua tarea. La Asociación Española de Pediatría, organización profesional que aglutina a la mayoría de los pediatras de España, está dispuesta a colaborar a fin de conocer las necesidades de profesionales sanitarios, en nuestro caso de pediatras. No obstante, la Asociación Española de Pediatría quiere dejar patente que hay una premisa, a la que no podemos, ni debemos renunciar, y que ha dado lugar a que nuestro sistema sanitario tenga unos altos niveles de satisfacción (en nuestro caso, para los padres, los niños y los adolescentes) y de eficacia en la atención a la infancia y a adolescencia, y que consiste en que en nuestro país esta atención ha sido afortunada y tradicionalmente encomendada a los Pediatras.

En este momento la Asociación Española de Pediatría quiere mostrar su disconformidad con aquellas actuaciones que se vienen produciendo en algunas Comunidades Autónomas, donde se están ocupando plazas de Pediatras por otros profesionales no Pediatras, como Médicos de Familia y que por lo tanto no disponen de la formación adecuada para realizar dicha función. La Asociación Española de Pediatría considera que para resolver esta situación es necesario:

1. Incrementar el número anual de pediatras formados por el Sistema MIR, que garantice que todos los niños pueden ser atendidos por pediatras en el ámbito de la atención primaria y especializada.
2. De manera coyuntural, permitir en todas las comunidades autónomas, que aquellos profesionales que lo deseen, puedan permanecer en servicio activo hasta la edad de los 70 años en función de las necesidades de los servicios y la eventual carencia de pediatras.
3. Iniciar un estudio riguroso, entre las autoridades sanitarias y la Asociación Española de Pediatría, que establezca en función de la morbilidad y ratios poblacionales, las necesidades de pediatras para asegurar la atención de los niños y adolescentes, tanto en la asistencia primaria como en la especializada.

Quedamos a su disposición para colaborar en el mantenimiento y potenciación de estos objetivos.

Madrid, 05/07/04

Fdo.: Prof. Alfonso Delgado Rubio y Junta Directiva de la AEP.

INFORME SOBRE LA CARTA REMITIDA LA EXCMA. MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO POR EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA PROFESOR ALFONSO DELGADO RUBIO, MIEMBRO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS DEL CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

1. Respecto a la primera pregunta sobre "el incremento de pediatras formados por el sistema MIR, para garantizar que todos los niños puedan ser atendidos por pediatras en el ámbito de la atención primaria y especializada", se señala que en la oferta de plazas para la formación de especialistas, para la convocatoria 2004-2005, de las 325 plazas acreditadas para la formación, en la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, se prevé ofertar 312. Dicha oferta ha sido informada por el Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, celebrado el día 14 de julio del presente año. En la convocatoria 2003-2004 la Administración ofertó 295 plazas frente a las 275 plazas que fueron propuestas por la Comisión Nacional de la que forma parte el Dr. Delgado Rubio. De lo que se deduce que la Administración está incrementando el número de plazas a la vista de las necesidades asistenciales. La convocatoria deberá ser aprobada, en lo que al número final de plazas se refiere, por la Comisión de Recursos Humanos.

2. Respecto de la segunda pregunta relativa "a que de manera coyuntural, permitir en todas las comunidades autónomas, que aquellos profesionales que lo deseen, puedan permanecer en servicio activo hasta la edad de los 70 años en función de las necesidades de los servicios y la eventual carencia de pediatras" el tema está regulado en la Ley 55/03 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, norma básica y de aplicación en el ámbito de los Sistemas Sanitarios Españoles, en su artículo 26 relativo a la jubilación:

"La jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de 65 años. No obstante, el interesado podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento. Esta prolongación deberá ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

3. Por último, en su tercera pregunta solicita hacer un riguroso estudio, por parte de las autoridades sanitarias, que establezca en función de la morbilidad y ratios poblacionales, las necesidades de pediatras para asegurar la atención de los niños y adolescentes, tanto en asistencia primaria como en la especializada. Con respecto a esta cuestión, se informa que la Comisión Técnica de Formación Especializada, constituida el pasado 8 de julio en el seno de la Comisión de Recursos Humanos, acordó iniciar los trabajos para la elaboración de un estudio que determine las necesidades de especialistas en el Sistema Nacional de Salud.

Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico- Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo

Madrid, 29 de julio de 2004



PROGRAMA PRELIMINAR IV FORO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA. BADAJOZ 1-2 ABRIL 2005

VIERNES, 1 ABRIL 2005

- 17:30-20:30 Talleres simultáneos.
- Exploración funcional del aparato locomotor (2 grupos)
Alberto Delgado Martínez (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario de Jaén, Profesor asociado, Universidad de Jaén) e Ignacio Martínez Caballero. Traumatólogo infantil del Hospital del Niño Jesús, Madrid.
- Modelos de coordinación en atención sociosanitaria (2 grupos)
Juan José Morell Bernabé (Pediatra, CS Barcarrota, Badajoz) e Isabel Botana del Arco (Pediatra, CS Talavera, Badajoz)
- 20:30 Inauguración oficial.

SÁBADO, 2 ABRIL 2005

- 9:00-12:00: Talleres simultáneos (repetición)
- 12:30-14:00 Mesa redonda profesional. Aspectos ético-legales-profesionales en el ejercicio del pediatra de atención primaria.
Moderador: Prado Leo Canzobre (Pediatra, CS Oliva de la Frontera, Badajoz)
Aspectos éticos. Xavier Allué Martínez (Pediatra, Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII).
Problemática profesional. José María Antequera Vinagre (Profesor de Derecho Sanitario y Bioética, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid)
- 16:00-17:00 Asamblea Ordinaria de la SPAPEX
- 17:00-19:00 Mesa redonda de actualización científica. Manejo de la obesidad infantil en atención primaria.
Moderador: María Ángeles Martín Rodríguez (Pediatra, CS Jerez de los Caballeros, Badajoz).
Aspectos epidemiológicos. Situación actual en Extremadura. José E. Campillo Álvarez (Departamento de Fisiología Médica, Universidad de Extremadura).
Prevención y promoción de hábitos saludables. M. Carmen Gutiérrez Moro (Pediatra, CS Puerto Real, Cádiz)
Manejo práctico del paciente obeso en Atención Primaria. Elena Fernández (Pediatra, CS Salobreña, Granada)
- 19:30-20:30 Conferencia magistral. Clausura: "Los niños y la Televisión".
PEDRO NÚÑEZ MORGADEES. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.



JORNADA SOBRE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO XX Aniversario de Programas de Cribado en Extremadura Badajoz, 26 y 27 de Enero de 2.005

••••• Avance de programa •••••

Miércoles, 26 de Enero

- 9:30 XX Aniversario Programas de Cribado en Extremadura
Lección Magistral: Magdalena Ugarte Pérez. Catedrática Bioquímica y Biología Molecular. Univ. Autónoma de Madrid
Acto conmemorativo e Inauguración de la Jornada
- 11:30-14:00 Mesa redonda: Futuro de los Programas de Cribado neonatal
Moderador: Jesús M^a Remón Álvarez-Arenas
Historia del cribado neonatal en Extremadura. Jesús M^a Remón Álvarez-Arenas. Coordinador. Unidad de Prevención de Minusvalías de Extremadura
El cribado neonatal como actividad de Salud Pública. Criterios para incluir una enfermedad en cribado neonatal. Elena Dulín Iñiguez. Serv. Bioquímica. Hosp. Gregorio Marañón. Madrid. Presidenta de Comisión Errores Congénitos Metabolismo. Soc Esp Bioq. Clínica y Patología Molecular
Ampliación de programas de cribado mediante Espectrometría de masas en tandem. M^a Luz Couce Pico
Serv. Neonatología. Unidad Metabolopatías CH Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)
Ética y programas de cribado. Teresa Pampols Ros. Instituto de Bioquímica Clínica de Barcelona
Presidenta de la Asociación Española de Diagnóstico prenatal
Diagnóstico prenatal y consejo genético en el campo de los errores innatos del metabolismo. Enrique Galán Gómez. Unidad de Genética. CH Universitario de Badajoz. Presidente de la Sociedad de Genética Clínica y Dismorfología de A.E.P.
- 16:15-17:30 Mesa redonda: Cribado de enfermedades metabólicas I
Moderador: Juan J. Cardesa García
Cribado de la Hiperplasia suprarrenal congénita. Javier Arroyo Díez. Unidad de Endocrinología pediátrica. Serv. Pediatría. H. San Pedro de Alcántara. Cáceres
Cribado de aminoacidurias causantes de enfermedad renal. Emilia Hidalgo Barquero del Rosal. Unidad de Nefrología pediátrica. Serv. Pediatría. H. Materno-Infantil de Badajoz
Trastornos del metabolismo intermediario. Jesús M^a Remón Álvarez-Arenas. Coordinador. Unidad de Prevención de Minusvalías de Extremadura
- 18:00-19:15 Mesa redonda: Cribado de enfermedades metabólicas II
Moderador: Juan J. Cardesa García
Cribado de la Fibrosis quística. M^a Luz Couce Pico. Serv. Neonatología. Unidad Metabolopatías. CH Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)
Cribado de las Hemoglobinopatías. Ramón Elduayen. Serv. Hematología. CH Universitario de Badajoz
Detección precoz de la Hipoacusia congénita. Germán Trinidad Ramos. Unidad de Sorderas. Serv. ORL. CH Universitario de Badajoz

Jueves, 27 de Enero

- 9:15-10:00 Conferencia: Evaluación de la respuesta a BH4 en pacientes con fenilcetonuria. M^a Antonia Vilaseca. Ser. Bioquímica. Unidad Integrada de Pediatría Hosp. Clinic – Hosp. San Joan de Deu. Barcelona
- 10:00-14:00 Mesa redonda: El cribado neonatal: un planteamiento multidisciplinar
Moderador Juan J. Morell Bernabé
Centro Extremeño de Desarrollo Infantil: un modelo de coordinación de la atención. Juan J. Morell Bernabé Centro Extremeño de Desarrollo Infantil
Control analítico de los errores innatos del metabolismo. Javier Sánchez Alarcón. Serv. Análisis Clínicos. CH Universitario de Badajoz
Protocolo de diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con enfermedades metabólicas. Alejandro Romero Albillos / Ana M^a Márquez Armenteros. Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Serv. Pediatría. H. Materno-Infantil de Badajoz
Evolución neurológica y complicaciones en pacientes con PKU y otras aminoacidopatías. Cristina Marzal Cáceres/Julián Vaquerizo Madrid. Unidad de Neuropediatría Serv. Pediatría. H. Materno-Infantil de Badajoz
Control nutricional y tratamiento dietético de los errores innatos del metabolismo. Mercedes Martínez Pardo
Unidad de Metabolopatías. H. Ramón y Cajal de Madrid
Papel del pediatra de Atención primaria en el cribado y seguimiento de enfermedades metabólicas. José Galbe Ventura. Pediatra. Centro de Salud "Torrero Este" de Zaragoza. Grupo PREVINPAD-AEPap
Problemática social del enfermo metabólico. Estrella Mayoral Rivero. Trabajadora social. FEDER-Extremadura
- 16:15-18:15 Seminarios / talleres
* Reunión con expertos. Diagnóstico y seguimiento de casos. Pediatras y médicos de familia con casos PKU y OTM. Mercedes Martínez Pardo / Alejandro Romero Albillos
* La "prueba del talón": consideraciones prácticas. Enfermeras de pediatría (Atención primaria y Servicio de Pediatría)

Noticias breves:

- Foro Pediátrico ha sido registrado como marca propiedad de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura por la Oficina española de Patentes y Marcas, en las categorías de publicación tanto en formato papel como electrónica descargable.
- Novedades en la web: desde junio se ha cambiado el diseño de la página principal de la página y para el próximo año se incluirá una sección donde se reflejarán las novedades bibliográficas de interés que se publiquen en las revistas pediátricas de mayor impacto.
- Novedades en la web de la AEPap: en noviembre se ha hecho cargo de la web como editor Pablo Mola, quien se encargará de dar una nueva imagen a la web pediátrica española más importante y visitada.



ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN EL NIÑO

Cecilia M. Gómez Málaga. PAP CS Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz)

J M^a García Blanco. Pediatra. Unidad de Nefrología Pediátrica.

Hospital Universitario Infanta Cristina (Badajoz)

CONCEPTO, INCIDENCIA, IMPORTANCIA

Las infecciones del tracto urinario (ITU) ocupan un lugar destacado en frecuencia tras las infecciones de vías respiratorias superiores e infecciones digestivas, la causa más habitual de fiebre sin foco en el niño menor de 3 años y la patología nefrourológica que motiva más consultas al pediatra. En la mayor parte de los casos el diagnóstico y tratamiento recaerá en el pediatra de atención primaria, quién, además, será quién decida qué niños precisan estudios complejos y/o derivación a un centro hospitalario para su tratamiento y valoración.

El concepto de ITU se basa en la existencia de una sintomatología clínica característica junto a un recuento bacteriano significativo. Son necesarias las dos cuestiones para hablar de ITU.

Cuando sólo hay recuento bacteriano significativo, sin clínica (se precisan al menos tres urocultivos positivos sin clínica) estaríamos ante una bacteriuria asintomática, que no precisa tratamiento.

La incidencia de ITU en menores de 1 año es mayor en niños (3.7%) que en niñas (2%) y en mayores de un año es más frecuente en niñas (3% frente al 1.1% en edades de 1-11 años). Por otro lado la bacteriuria asintomática tiene una frecuencia que oscila entre el 1-5% de niñas en edad preescolar y escolar.

Es importante detectar y reconocer adecuadamente una ITU para evitar: 1) el daño renal irreversible y en ocasiones progresivo, generalmente por su asociación con anomalías estructurales -cifradas en algunas series hasta en un 40-50 % de los casos, preferentemente con reflujo vesicoureteral hasta un 30-50 %- y tendencia a recurrencias; y 2) tratamientos y exámenes complementarios innecesarios, aparte de la angustia de los padres, por un diagnóstico positivo incorrecto.

ETIOPATOGENIA

Los agentes etiológicos más frecuentes siguen siendo las bacterias gramnegativas.

Son factores favorecedores: uropatías, reflujo vésicoureteral, vejiga neurógena, fimosis, balanitis, vulvovaginitis, mala higiene, estreñimiento, oxiuros, baños prolongados de espuma.

SIGNOS Y SINTOMAS DE SOSPECHA CLÍNICA EN MENORES DE 2 AÑOS

Serían signos específicos: Antecedentes familiares y/o ecografías prenatales con malformación, FIEBRE ELEVADA SIN FOCO, afectación del estado general, anomalía del hábito o chorro miccional, llanto durante la micción.

Signos inespecíficos: vómitos, diarrea, detención de la curva ponderal, anorexia, irritabilidad o apatía.

SIGNOS Y SINTOMAS DE SOSPECHA CLÍNICA EN MAYORES DE 2 AÑOS

Específicos: fiebre elevada, anomalías de hábitos miccionales, molestias urinarias, urgencia miccional, orina maloliente y turbia, dolor lumbar.

Inespecíficos: dolor abdominal difuso, vómitos.

SOSPECHA CLÍNICA DE LOCALIZACIÓN

Cistitis o ITU baja: síndrome miccional, afebril o febrícula. Esto van a poder referirlo mejor los pacientes de más edad.

Pielonefritis aguda: fiebre elevada, dolor lumbar o costal, síntomas generales. También pueden asociar un síndrome miccional clásico, que no descarta pielonefritis.

Teniendo en cuenta que en menores de 2 años las ITU se van a manifestar como fiebre elevada sin foco, la mayoría de los autores coinciden en considerar como pielonefritis aguda cualquier ITU a esta edad, con más rotundidad en menores de 1 año.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

De sospecha: Tiras reactivas: nos interesan los nitritos y la estearasa leucocitaria.

Sedimento urinario. Leucocituria, bacteriuria

DE CONFIRMACIÓN: UROCULTIVO

De localización: hemograma, VSG, PCR, Procalcitonina, osmolaridad en orina.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE ORINA

Micción limpia: positivo si mayor de 100.000 UFC/cc

Bolsa colectora de orina: positivo si mayor de 100.000 UFC/cc

Sondaje vesical: positivo si mayor de 50.000

Punción suprapúbica espirativa: positivo cualquier recuento.

Un apunte respecto a las bolsas colectoras de orina. En todos los textos se habla del gran valor predictivo negativo (si la tira reactiva es negativa, no hace falta realizar urocultivo; si la tira reactiva es positiva habría que realizar urocultivo por sondaje o punción, pues un urocultivo negativo por bolsa es real, pero positivo puede deberse a contaminación hasta en el 85% de casos). Nuestra experiencia (del servicio de nefrología del HMI y de los pediatras que llevamos algún tiempo en atención primaria) nos hace dudar de esas tasas de contaminación. Un estudio realizado en Pamplona, con 110 lactantes ingresados, no encontró diferencias significativas comparando bolsas de orina y sondaje para la recogida de la muestra. (presentado en el congreso de nefrología pediátrica en 2003).



Lo importante para que la muestra sea fiable: lavado correcto de genitales, colocar bolsa colectora, mirar cada 10 minutos y cambiar cada 30 minutos si no hay orina, lavando siempre antes de la colocación de cada nueva bolsa.

SOSPECHA CLARA DE ITU ¿QUE HACEMOS?

Se aconseja el tratamiento lo antes posible, para disminuir los riesgos de cicatrices renales en ITU altas, y las molestias en ITU bajas.

¿Qué situaciones se nos pueden plantear?

Partiendo de un alto índice de sospecha por la clínica y el resultado de la tira reactiva :

1. Cursamos muestra para urocultivo y pautamos el antibiótico más indicado en espera del resultado. Esto se haría en aquellas situaciones en las que se tiene acceso a un servicio de laboratorio de urgencias, generalmente en el hospital.
2. Cursamos muestra para urocultivo en las siguientes 24 horas y a continuación se inicia el tratamiento antibiótico más adecuado. Esto sería posible en un diagnóstico de sospecha en una consulta de atención primaria, en cuyo centro de salud podría realizarse análisis el día siguiente.
3. Tenemos la sospecha clínica y la tira reactiva positiva. Decidimos tratar sin tener el urocultivo. **NO DEBE HACERSE.**
4. Tratamiento intrahospitalario (ingreso)

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA (ITU)

El objetivo fundamental del tratamiento de la Infección urinaria en la edad pediátrica consiste en prevenir o mitigar el posible daño renal mediante la erradicación del agente causante, la eliminación de los factores favorecedores y la prevención de las reinfecciones al mismo tiempo que aliviar la sintomatología. Por lo tanto además del tratamiento antimicrobiano hemos de valorar unas medidas generales comunes a toda ITU: correcta hidratación oral o parenteral, eliminación de factores favorecedores locales (vulvovaginitis, balanitis, sinequias, oxiuros, etc.), irritantes (ropa ajustada, baños de espuma, cremas, etc.), evitar estreñimiento habitual y potenciar un correcto hábito miccional (intervalos adecuados, micciones completas y en dos tiempos, etc.); tratamiento sintomático si se precisa, analgésicos y antitérmicos.

A la hora de plantearnos el tratamiento antimicrobiano se nos presentan varias cuestiones:

1. ¿Cuáles son los criterios de ingreso?

Clásicamente se admitía como indicación de ingreso toda ITU compatible con pielonefritis aguda. Hoy día la posibilidad de utilizar antibioterapia oral con resultados óptimos ha hecho que se amplíe el grupo de pacientes que pueden tratarse ambulatoriamente.

Según el Comité de Expertos en ITU de la Academia Americana de Pediatría serían criterios válidos que indican el ingreso:

- RN y lactantes de edad inferior a 3 meses independientemente de la sintomatología.

- ITU febril a cualquier edad que se acompañe de:

- * Afectación del estado general.
- * Vómitos y/o deshidratación.
- * Sospecha de uropatía.
- * Ámbito familiar desfavorable.

En nuestra opinión, aconsejamos ingreso además de las circunstancias anteriores en los niños menores de 2 años con IU febril. A veces es inevitable el ingreso en pacientes con síndrome miccional llamativo con hematuria macroscópica ante la angustia familiar.

2. ¿Cuándo debemos iniciar la antibioterapia? Por regla general el tratamiento se inicia de una manera empírica sobre la base de la sintomatología y de los hallazgos anormales del sedimento o tira reactiva, ya que en la mayor parte de los casos no podremos esperar a recibir el resultado del cultivo.

- En niños con ITU sintomática y en niños pequeños con síndrome febril y sedimento sugerente de ITU se debe iniciar tratamiento empírico una vez se tome la muestra para urocultivo.

- En niños pequeños afebriles, con síntomas inespecíficos (anorexia, fallo de medro) y sedimento poco demostrativo y en niñas con síntomas sugerentes de disfunción vesical y sedimento normal puede retrasarse el tratamiento hasta comprobar la posible ITU mediante el urocultivo.

3. ¿Con qué antibiótico iniciamos un tratamiento empírico? Lógicamente en función del tipo de gérmenes más habituales, las enterobacterias. En situaciones especiales habrá que valorar la posibilidad de otras etiologías: periodo neonatal (estreptococo B, enterococo), niñas preadolescentes (enterococo), uropatías graves o pacientes portadores de sondas u hospitalizados (Pseudomonas, Serratias, Enterobacter, Citrobacter, Acinetobacter) pero en proporción mucho menor y que sólo excepcionalmente se nos van a plantear. Otros factores a tener en cuenta serán la farmacodinamia y la farmacocinética de los antimicrobianos utilizados. En caso de IU febriles serán de elección aquellos que alcancen una concentración plasmática y renal alta, con eliminación en forma activa por orina, de acción bactericida y con la menor toxicidad posible. Se consideran de elección los betalactámicos [preferentemente cefalosporinas de 3ª y 2ª generación por vía parenteral (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima, cefuroxima) u oral (cefixima, cefuroxima axetilo, ceftibuteno, cefpodoxima), penicilinas (ampicilina, amoxicilina-clavulánico)] y los aminoglucósidos (gentamicina, tobramicina, amikacina, netilmicina). Otros antibióticos raramente se utilizarán salvo indicación del antibiograma (fosfomicina, glucopéptidos (vancomicina, teicoplanina), cefalosporinas de 4ª generación (cefepima, cefpiroma), monobactámicos (aztreonam) y carbapenemes (imipenem, meropenem). Las quinolonas fluoradas estarían indicadas sólo cuando no exista otra posibilidad terapéutica, en función de la posible toxicidad



sobre el cartílago articular (en la actualidad sólo son de primera elección en pediatría en infecciones respiratorias severas en paciente con fibrosis quística). En ningún caso iniciaremos tratamiento de una posible pielonefritis con un fármaco que, aunque se elimine en forma activa por la orina (nitrofurantoína, cotrimoxazol, a. nalidíxico), no alcance concentraciones óptimas plasmáticas.

4. ¿Qué pautas de tratamiento podemos recomendar? La elección del agente antimicrobiano, de la vía de administración, de mono o biterapia, del régimen de tratamiento y de la duración del mismo estará en función de varios factores: Localización de la infección, edad y estado clínico del paciente, ambiente familiar y existencia o no de malformaciones asociadas. Diferenciamos dos situaciones clásicas: Infección urinaria alta (Pielonefritis aguda) e Infección urinaria baja (Cistitis) comentando también el caso particular de la bacteriuria asintomática y las indicaciones del tratamiento profiláctico.

a. Tratamiento de pielonefritis aguda.- Incluimos en este apartado la Infección urinaria del recién nacido y lactante pequeño (< 3 meses) y la Infección urinaria febril (PNA) en general, con variaciones en el tratamiento en función de la edad y de la afectación del estado general:

I.- Infección urinaria del Recién nacido y lactante pequeño (< 3 meses): En el neonato y lactante menor de 2 ó 3 meses se considera que toda infección urinaria puede afectar a parénquima renal y dar lugar (como cualquier otro proceso infeccioso esta edad) a una sepsis. El espectro bacteriano es similar al de otras edades, con cierta mayor incidencia de gram-positivos (enterococo). Por este motivo ante la sospecha de infección urinaria, y tras toma correcta de muestras para urocultivo y hemocultivo, recomendamos tratamiento parenteral (intravenoso) mediante asociación antibiótica:

. AMPICILINA, a 100-150 mg/kg/día en cuatro dosis (en neonatos y neonatos pretérminos se debe adaptar el intervalo entre dosis según edad gestacional y postnatal) asociada a GENTAMICINA a 5-7 mg/kg/día en 1-2 dosis. En función de la política antibiótica de cada centro se utilizan también tobramicina y ampicacina. O bien, ampicilina asociada a cefalosporinas de 3ª generación, siendo la más utilizada la CEFOTAXIMA a 150 mg/kg/día en tres dosis.

La duración del tratamiento será de 14 días, pudiendo mantener una vez recibido el antibiograma y en función del resultado, el menos tóxico de los antibióticos utilizados. En mayores de 2 meses afebril durante 48 horas, con normalización clínica y confirmación analítica puede completarse el tratamiento por vía oral.

Una vez finalizado el tratamiento inicial se mantendrá profilaxis con cefadroxilo a dosis de 10-15 mg/kg/dosis (una o dos dosis) hasta haber descartado la existencia de anomalías anatómicas del aparato urinario mediante técnicas de imagen.

II.- Infección urinaria febril (alta, pielonefritis aguda) en pacientes mayores de 3 meses:

a.- Con afectación moderada del estado general y/o intolerancia oral: Recomendamos tratamiento parenteral

(intravenoso) con cefalosporina de 3ª generación (CEFOTAXIMA a 150 mg/kg/día en tres dosis) o bien un aminoglucósido (GENTAMICINA, a 5-7 mg/kg/día o TOBRAMICINA a 5-7 mg/kg/día en 2-3 dosis). Una vez recibido el antibiograma y permanecer el paciente con mejoría clínica (afebril y con buena tolerancia oral durante al menos 48 horas) se continuará el tratamiento por vía oral (CEFIXIMA a 8-10 mg/kg/día en dos dosis, AMOXICILINA-CLAVULÁNICO a 40-60 mg/kg/día de amoxicilina en tres dosis) hasta completar 14 días de tratamiento.

En caso de que se sospeche pseudomona como agente etiológico se recomienda utilizar preferentemente ceftazidima o ampicacina.

b.- Con afectación grave del estado general (aspecto séptico): Recomendamos tratamiento parenteral (intravenoso) con asociación de cefalosporina de 3ª generación, (CEFOTAXIMA, 150 mg/kg/día en tres dosis) o AMOXICILINA-CLAVULÁNICO (100 mg/kg/día de amoxicilina en cuatro dosis) a un aminoglucósido (GENTAMICINA, a 5-7 mg/kg/día o TOBRAMICINA a 5-7 mg/kg/día o AMIKACINA a 15 mg/kg/día en 2-3 dosis). Una vez recibido el antibiograma y permanecer el paciente con mejoría clínica (afebril y con buena tolerancia oral durante al menos 48 horas) se continuará el tratamiento mediante monoterapia, por vía oral si es posible (CEFIXIMA a 8-10 mg/kg/día en dos dosis, AMOXICILINA-CLAVULÁNICO a 40-60 mg/kg/día de amoxicilina en tres dosis), o con aminoglucósido intramuscular (si es la única alternativa) hasta completar 14 días de tratamiento.

c.- Con afectación leve del estado general, buena tolerancia oral y ausencia de datos a favor de malformación del aparato urinario: En mayores de 2 años puede iniciarse tratamiento oral con CEFIXIMA (de elección) a 8-10 mg/kg/día en dos dosis durante 10-14 (mejor) días. En pacientes con edad inferior a 2 años somos partidarios de utilizar inicialmente tratamiento parenteral.

En los pacientes que corresponden a estos tres apartados, una vez finalizado el tratamiento inicial, se mantendrá profilaxis (nitrofurantoína, trimetoprim, cotrimoxazol, cefadroxilo, amoxicilina-clavulánico, con dosis que se comentan al referirnos a las Infecciones urinarias de repetición) hasta haber descartado la existencia de anomalías anatómicas del aparato urinario mediante técnicas de imagen.

b. Tratamiento de la Infección urinaria baja.- Infección urinaria afebril y sin síntomas generales en mayores de 3 meses o con síndrome miccional exclusivo (CISTITIS) en niños mayores: recomendamos tratamiento inicial por vía oral.

I.- Pacientes mayores de 2 años con síndrome miccional exclusivo: Recomendamos tratamiento con AMOXICILINA-CLAVULÁNICO a 40-60 mg/kg/día de amoxicilina o cefuroxima axetilo a 20 mg/kg/día en dos dosis durante una semana.



II.- *Pacientes de 3 meses a 2 años, afebriles y sin síntomas generales:* CEFIXIMA (8-10 mg/kg/día en dos dosis) o CEFUROXIMA AXETILO (30 mg/kg/día en 2 dosis) o AMOXICILINA-CLAVULÁNICO (40-60 mg/kg/día de amoxicilina en tres dosis), durante 10 días.

c. Bacteriuria asintomática.- Existencia de urocultivo positivo al mismo germen en dos muestras en un "paciente" clínicamente asintomático y aparentemente sano generalmente detectada en controles programados.

No está indicado el tratamiento antibiótico que, además, podría provocar la selección de gérmenes más virulentos..

Recomendamos en estos casos realizar una historia clínica completa, descartando la existencia de procesos febriles frecuentes de etiología desconocida o dudosa (posibles infecciones urinarias no diagnosticadas), trastornos del hábito miccional, existencia de uropatías en familiares y realizar siempre una ecografía abdominal antes de sentar el diagnóstico de bacteriuria asintomática.

d. Tratamiento profiláctico.- Indicado en aquellos casos con tendencia a las recurrencias y/o con riesgo de lesión renal (*menores de 2 años y/o primer episodio de pielonefritis hasta completar estudio, uropatías obstructivas, reflujo vesicoureteral, infecciones urinarias de repetición, etc.*). Se utilizarán antibióticos o quimioterápicos por *vía oral* (cefalosporinas de 1ª generación, nitrofurantoína, cotrimoxazol, trimetoprim, amoxicilina-clavulánico), preferentemente con absorción en tramos digestivos altos, con alta concentración activa en orina, de lenta eliminación, que cubra el espectro de los gérmenes más habituales, con mínima toxicidad y de bajo costo, *a un 25-30% de la dosis habitual, en toma única nocturna* durante un tiempo variable (dependiendo de la indicación). Se controlará periódicamente la esterilidad de la orina así como el estado clínico del paciente.

TÉCNICAS DE IMAGEN EN LA ITU EN EL NIÑO

Una vez hecho el diagnóstico de ITU está indicado comprobar la integridad anatómica y funcional del tracto urinario y la existencia o no de daño renal mediante el empleo de las técnicas de imagen: Ultrasonidos, radiología y radioisótopos.

1 Ultrasonidos:

. Ecografía de aparato urinario: Método inocuo que nos va a poner de manifiesto tamaño, forma y situación de los riñones así como posibles alteraciones de la ecogenicidad renal y dilatación de las vías urinarias. No ofrece datos sobre la funcionalidad renal. Debe ser utilizada como técnica rutinaria ante un primer episodio de ITU.

. Ecocistografía con contraste (ECC): Mediante instilación intravesical (por sondaje) de un ecopotenciador (galactosa); se utiliza para detectar reflujo vesicoureteral (al detectar partículas por encima de la vejiga). No permite visualizar uretra ni reflujo de grado I ni intrarrenales.

2 Radiología:

. Rx simple de aparato urinario: Informa sobre la existencia de cálculos radiopacos o nefrocalcinosis.

. Urografía IV (UIV): Ofrece valiosa información sobre la anatomía y funcionalidad de todo el tracto urinario. Ha sido desplazada en la mayoría de las indicaciones por la ecografía y los estudios isotópicos. Indicada en las uropatías obstructivas, en las susceptibles de tratamiento quirúrgico y en las de dudosa valoración por el estudio isotópico. Técnica que confiere alta radiación y que precisa administración IV de contraste yodado (peligro de reacción).

. Cistouretrografía miccional seriada convencional (CUMS): Método de elección para el diagnóstico del reflujo vesicoureteral y valoración de su grado así como del reflujo intrarrenal y de posibles anomalías vesicales y uretrales. Técnica invasiva con riesgo de provocar ITU (sondaje) y de alta radiación.

3 Estudios isotópicos:

. Gammagrafía renal (^{99m}Tc-DMSA): El marcador se fija en las células tubulares proximales mediante extracción desde la arteriola eferente, permaneciendo largo tiempo en ellas. Ofrece información sobre masa renal funcional (tamaño, forma, zonas hipocaptantes y función renal diferencial). Método de elección para la detección de lesiones parenquimatosas renales (agudas y crónicas).

. Renograma isotópico (^{99m}Tc-DTPA y ^{99m}Tc-MAG-3): Valora función renal diferencial y existencia o no de obstrucción al flujo urinario (uropatías obstructivas).

. Cistografía isotópica directa (CID): Se realiza con ^{99m}Tc a través de sonda vesical. Se utiliza como método de control del reflujo vesicoureteral. No permite valorar exactamente su grado ni el reflujo intrarrenal ni anomalías vesicales ni uretrales.

4 Otras técnicas.- Ni la TAC renal ni la RMN tienen utilidad apreciable en el campo de las ITU.

5 Protocolo de estudio por la imagen en niños con IU.- Con el fin de detectar precozmente la existencia de daño renal o evitar su aparición en lo posible mediante el diagnóstico de anomalías del tracto urinario en niños con ITU, se aconseja:

1º.- Realizar ecografía ante una 1ª ITU independientemente de la clínica, edad y sexo.

2º.- Realizar CUMS

a) Ante una 1ª ITU en caso de:

- En niños de edad inferior a 2 años independientemente de localización y sexo.

- En caso de pielonefritis aguda (por clínica) independientemente de edad y sexo. En niños mayores de 5 años con ecografía normal y ausencia de otros factores podría realizarse previamente gammagrafía (en los primeros 15 días tras el diagnóstico) y, si también es normal, no realizar cistografía hasta un 2º episodio. Esta actitud es preferida por diversos autores en niños de cualquier edad.



- En niños con historia familiar de reflujo vesicoureteral.

- Si se detectan anomalías en la ecografía o gammagrafía.

- Inestabilidad vesical.

b) En ITU de repetición.

c) Como control evolutivo del RVU (valorar cistografía isotópica o ecocistografía).

3º.- Realizar gammagrafía renal en pacientes con clínica de ITU alta, en los casos que se detecten anomalías ecográficas o en la cistografía (reflujo vesicoureteral) y en los casos de ITU de repetición.

4º.- Renograma isotópico en los casos de uropatía obstructiva.

5º.- Urografía IV en aquellos pacientes que se van a someter a tratamiento quirúrgico de uropatía, en uropatías obstructivas, sospecha de ectopia, vejiga neurógena y reflujo vesicoureteral de alto grado.

MANEJO DEL NIÑO CON ITU.

Se recomienda ante todo niño con ITU:

- Realizar controles clínicos, urocultivos periódicos (valorando la clínica ante todo), así como los controles de imagen y de función renal indicados en cada caso particular durante el tiempo de seguimiento.

- En ausencia de uropatía y de lesión renal se controlarán hasta 2 años tras la última ITU.

- En caso de uropatía sin lesión renal hasta al menos 2 años sin ITU tras la corrección de la misma.

- En caso de lesiones pielonefríticas crónicas se controlarán indefinidamente (riesgo de HTA y de afectación de función renal).

REFLUJO VESICoureTERAL

Es la anomalía urológica congénita más frecuente en la infancia detectada hasta en un 30-50 % de los niños con IU. Se conoce como tal el paso retrógrado de la orina desde la vejiga a tramos más altos del aparato urinario debido a anomalías en la unión ureterovesical. Generalmente es primario (inmadurez o desarrollo anómalo de la unión ureterovesical) y en otras ocasiones será secundario a alteraciones estructurales (ectopias, obstrucción infravesical, duplicidad pieloureteral), funcionales (vejiga neurógena, vejiga inestable), infecciones urinarias de repetición o secundario a intervenciones sobre aparato urinario bajo.

Se clasifica radiológicamente en grados (I, II, III, IV, V) dependiendo de su intensidad y de la dilatación que provoca sobre el sistema ureteropielocalicial. Se habla de reflujo intrarrenal cuando se produce reflujo a los túbulos colectores, en relación con la existencia de papilas cóncavas.

Aunque en gran parte de los casos se trata de una malformación benigna puede ser la responsable de daño renal irreversible con presencia de escaras (nefropatía por reflujo) hasta en más de un 60 % de los casos de reflujo de alto grado, pudiendo distinguir dos situaciones:

- Niños con reflujo vesicoureteral congénito de alto grado que ya al nacimiento presentan alteraciones renales, sin IU, y que estarían en relación con el efecto nocivo del reflujo sobre un riñón en desarrollo.

- Niños con reflujo vesicoureteral asociado a ITU febriles, que serían las causantes de las cicatrices renales preferentemente en los dos primeros años de la vida.

La evolución natural del reflujo es hacia la desaparición espontánea en gran parte de los casos, siendo más probable que esto ocurra en los 2 primeros años de la vida y excepcional a partir de los 10 años. Lógicamente es más frecuente en los de bajo grado: grado I, hasta un 85 %; grado II, hasta un 72 %; grado III, hasta un 56 %; grado IV y V, hasta un 17 %. La bilateralidad en los grados III a V es un factor en contra de la desaparición.

4.1 Clínica.- No existe sintomatología propia del RVU. Está en función de la patología acompañante: ITU, nefropatía por reflujo (insuficiencia renal, hipertensión arterial).

4.1 Diagnóstico.- Mediante cistografía, indicada por la existencia de alteraciones en otras técnicas de imagen (ecografía, gammagrafía), funcionales renales o en el estudio por IU.

4.3 Tratamiento.- Es la patología más comentada en los últimos 30 años en cuanto a posibles actitudes terapéuticas y en la que menos se ha concretado a pesar de los avances médico-quirúrgicos. Existen dos posibilidades:

- Tratamiento quirúrgico: Corrección del RVU mediante técnicas quirúrgicas, bien cirugía abierta bien tratamiento endoscópico. Indicado en mayores de 5 años o reflujos no desaparecidos tras 2 años de observación en caso de:

- . Grado V uni o bilateral.

- . Grado III-IV bilateral.

- . Infecciones de repetición.

- . Nefropatía por reflujo; mal cumplimiento del seguimiento; anomalías asociadas (duplicidad, divertículos, etc).

- . ¿Qué hacer con reflujos no incluidos anteriormente y que persisten en la adolescencia?.

- Tratamiento conservador (profilaxis médica):

- . Primer año de la vida, cualquier grado.

- . Grados I y II a cualquier edad.

- . Grados III y IV unilaterales.

- . Inestabilidad vesical.

- . Siempre con buen cumplimiento familiar del seguimiento.

- . ¿Qué hacer con estos reflujos al llegar a la adolescencia?.

En el último Congreso Nacional de Nefrología Pediátrica (2 a 5 de junio de 2004) se ha decidido llevar a cabo un estudio multicéntrico con el fin de establecer un protocolo coherente acerca del tratamiento del RVU.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Francisco Javier Soriano Faura

*Del Curso "Indicadores de Maltrato Infantil: alertas y medidas anticipatorias".
Badajoz, 27 al 29 de septiembre de 2.004*

RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser uno de los servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y enfermeras de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en el niño considerado de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en el maltrato.

En general las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no solo de los sanitarios. No existe un consenso de que programas o servicios deben ofrecerse para prevenir el abuso en la infancia. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno.

Niveles de actuación:

• **Prevención primaria**, dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Se recomienda:

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.

- Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto), incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos

- Intervenir en las «escuelas de padres» u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.

- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y en el Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14

años realizados en atención primaria), facilitar recursos de planificación familiar.

- Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. de la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.

- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.

- Utilizar «Guías Anticipadoras» dentro del Programa del Niño Sano para discutir a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.

- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

• **Prevención secundaria**, dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar la situación de negligencia y consultar con Servicio de Protección al Menor.

- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de



prevenir el maltrato infantil, 30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores. (AAP, 1998).

- Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas,...). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres -hijos. Considerar remitir a la familia a un centro de psicología para educar en el «manejo del enfado y la ira».

- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.

- Coordinar con el trabajador social de la zona

objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.

- Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.

- Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo. Se incluyen las recomendaciones del nivel anterior referido a la «Guía Anticipadora», métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

Prevención del maltrato infantil

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Formación profesionales • Incrementar habilidades en los padres mediante la educación sanitaria (accidentes, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor, disciplina constructiva) • Preparación al parto • Escuelas de padres • Prevenir embarazo no deseado sobre todo en mujeres jóvenes • Guía Anticipadora* • Programa del Niño Sano • Modificar actitudes de los padres ante el establecimiento de normas y límites • Consultas de pediatría • Promocionar las capacidades innatas de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de familias de riesgo • Reconocer e intervenir en casos de violencia doméstica entre adultos • Remitir a Salud Mental padres con toxicomanías o trastornos psiquiátricos • Información sobre redes de apoyo institucional o no gubernamental • Coordinación con trabajador social • Visita domiciliaria prenatal y hasta los dos años • Aumentar el número de visitas de seguimiento • Incrementar capacidades y habilidades en los padres • Guía Anticipadora * • Promocionar las capacidades innatas de los padres • Promover la estimulación del niño



EFFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Buena parte de las recomendaciones enumeradas en el apartado de «prevención del maltrato infantil», son lo que denominamos en términos de *gradación de calidad de la evidencia científica*, recomendaciones de tipo III, es decir las obtenidas de opiniones de reconocidos expertos o informes de comités de expertos. El resto de las intervenciones propuestas son de tipo I o tipo II-2 por haber sido obtenidas a partir de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas o meta-análisis y estudios de cohortes.

Desde el punto de vista de *la fuerza de la evidencia científica*, la mayor parte de las recomendaciones son de tipo C, es decir, existe pobre evidencia para excluir o incluir la recomendación. Hay que subrayar que la falta de evidencia no constituye una evidencia de ineffectividad, tan solo que no se han encontrado estudios con resultados clínicamente importantes o diferencias estadísticamente significativas o bien que proceden de recomendaciones de expertos sin apoyarse en ensayos clínicos.

El análisis de efectividad que presentamos agrupa todas las recomendaciones en cuatro grupos de actividades que resumen el nivel de evidencia de la mayor parte de ellas.

Cribado del riesgo de maltrato infantil.

Debemos tener presente que hay evidencias para no recomendar (**recomendación tipo D**) el uso de cuestionarios para identificar familias que eventualmente pudieran maltratar a su hijo. El maltrato infantil es difícil de predecir, los cuestionarios diseñados para identificar a familias de riesgo que maltratarían eventualmente a sus hijos se han revelado ineficaces, valor predictivo positivo del 6,6% y sensibilidad del 55,6% para detectar abuso físico. Sin embargo, el profesional de atención primaria debe conocer los indicadores de riesgo y así poder recomendar intervenciones para estos grupos.



Programas de visita domiciliaria.

Existe suficiente evidencia para proponer la visita a domicilio a familias de riesgo (madres jóvenes, madres solteras, o bajo nivel socioeconómico) en la prevención del maltrato infantil (**recomendación B**). Las discrepancias encontradas en los diversos metaanálisis o ensayos clínicos se deben más a las diferencias de estos programas en los diferentes estados de EE.UU. o países que a factores propios de la intervención. Es fundamental que el personal que intervenga sea profesional (enfermeras) y no paraprofesional, especializado en este tipo de visitas, con especial dedicación a este programa. Las visitas se inician en la etapa prenatal y durante al menos los dos primeros años, con visitas mensuales y una duración media de 45 minutos.

Educación dirigida a padres.

Wekerle y Wolfe reúnen diversos ensayos clínicos con grupos control dedicados a programas de educación de padres para aumentar su competencia, habilidad y manejo de situaciones difíciles, tanto en padres con factores de riesgo, como en padres jóvenes, como en nuevos padres. La mayoría de estos estudios muestran consistencia y significación en que esta medida es útil en la prevención del maltrato, es decir, la actividad educativa esta asociada a cambios positivos en la conducta, las actitudes y los conocimientos de los padres, encontrándose menor número de informes de accidentes, visitas a las urgencias hospitalarias o de expedientes de servicios sociales de protección al menor.

Britner et al en un estudio observacional encuentra similares resultados en madres jóvenes que intervienen en un programa de educación, reducción del número de informes de abuso o trato negligente en el grupo de riesgo.

Desde la perspectiva de la atención primaria de salud parece impracticable en nuestro medio esta tarea por su dedicación y necesidad de preparación de los formadores o educadores y no se encuentran estudios en nuestro país que avalen esta recomendación. Existe insuficiente evidencia para recomendar esta actividad en el programa de actividades preventivas del niño sano (**Recomendación C**).

Programa de actividades específicas en el centro de salud para niños o familias de riesgo.

Brayden et al no encuentra diferencias significativas en el número de abusos en la infancia entre el grupo control de mujeres de riesgo (154) y el grupo de mujeres de riesgo con intervención de un programa de mayores visitas, y participación de enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales durante los dos primeros años de vida del niño. Existe insuficiente evidencia para incluir o excluir esta actividad del programa de actividades preventivas (**Recomendación C**).



Efectividad de la prevención del maltrato infantil

Intervención	Efectividad	Nivel de Evidencia	Recomendación
Formación de profesionales	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos (Tipo III)	Insuficiente evidencia para excluir o incluir, pero se cree que aumentaría el diagnóstico apropiado de familias de riesgo (Recomendación C)
Educación para la salud en grupos o individual (incluye Guía Anticipada, escuela de padres)	Estos programas educativos pueden aumentar los conocimientos pero no se ha podido establecer si reducen la incidencia o recurrencias del maltrato. Si bien Briner encuentra reducción significativa del maltrato en programas educativos a mujeres jóvenes	Ensayos clínicos y metaanálisis (Tipo I)	Insuficiente evidencia para excluirla de los exámenes periódicos de salud (Recomendación C)
Identificación de familias de riesgo	Identificación inadecuada de familias de riesgo (probabilidad alta de falsos positivos)	Estudios de cohortes (Tipo II-2)	Existe evidencia para excluir los cuestionarios para identificar familias de riesgo. (Recomendación D)
Intervenir en familias con problemas psíquicos (incluido violencia doméstica y coordinación con trabajador social)	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos (tipo III)	Insuficiente evidencia para excluirlos de las intervenciones preventivas. (Recomendación C)
Visita domiciliaria prenatal y durante los dos primeros años	Reducen la frecuencia de accidentes pero no son concluyentes los efectos sobre la reducción de la incidencia del maltrato	Metaanálisis (Tipo I)	Existe suficiente evidencia para incluir la intervención (Recomendación B)
Aumentar el número de visitas de seguimiento	No se ha hallado reducción significativa de la incidencia del maltrato infantil	Estudios clínicos aleatorizados (Tipo I)	Existe poca evidencia para excluirlo o incluirlo en la prevención (Recomendación C)