

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

P377 **SÍNDROME DE SINDING LARSEN-JOHANSSON: UNA CAUSA POCO CONOCIDA DE DOLOR DE RODILLA EN EL NIÑO**

M.T. Sánchez Domínguez, S. Ramírez Jiménez
y J. Martínez de Negri

Centro de Salud de Huelin, Málaga.

Introducción: El dolor de origen no traumático en la rodilla del niño suele ser motivo de consulta diaria con preocupación para los padres. El diagnóstico más habitual es el de enfermedad de Osgood-Schlatter, pero existen otras posibilidades patológicas menos frecuentes como el Síndrome de Sinding Larsen-Johansson y la osteocondritis disecante.

Caso clínico: Se trata de un varón de 12 años con dolor en rodilla derecha, sin antecedentes de traumatismo previo, de un mes de evolución que aumenta con la actividad física y se acompaña de leve tumefacción. En la radiografía se objetiva un aumento de densidad con calcificación lineal en polo distal de la rótula. Se diagnostica de Síndrome de Sinding Larsen-Johansson; aconsejando reposo y tratamiento con crioterapia con lo que la evolución es satisfactoria.

Conclusiones: Se trata de un síndrome de relativa frecuencia debido a una osteocondritis, con un síntoma inequívoco, el dolor y una imagen radiológica característica. Es necesario establecer el diagnóstico diferencial con otras osteonecrosis como la enfermedad de Osgood-Schlatter, que asienta en la tuberosidad anterior de la tibia y la osteocondritis disecante que se manifiesta en el cóndilo femoral o en la superficie articular de la rótula.

P378 **ESCARLATINA RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

S. Ramírez Jiménez y M.T. Sánchez Domínguez

Centro de Salud de Huelin, Málaga, Hospital General Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Desde finales de la década de los 80, estamos siendo testigos de un resurgir de las infecciones por *streptococcus pyogenes*. Este "viejo" y conocido patógeno, tan temido a principios del s. XX, ha vuelto de nuevo con fuerza, tanto en su vertiente agresiva y a veces letal, shock tóxico, fascitis necrotizante, como en forma de procesos más benignos pero ya casi olvidados, de los que apenas se encuentran referencias en la literatura pediátrica. Este es el caso de la escarlatina recurrente.

Casos clínicos: *Caso 1.* Niña de 4 años. Tres episodios de escarlatina (abril, octubre y noviembre 2001). Síntomas típicos con descamación al 6^º día furfuracea troncular y laminar palmo-plantar. Cultivos positivos para STA con antibiograma sensible a penicilina. Cultivos de control, tras 10 días de tto

con penicilina V, negativos en las tres ocasiones. Análisis de orina normal. ASLO 910 U. Todd. Inmunoglobulinas en límites normales para la edad. Durante el 3º episodio, un hermano de 9 meses presenta un cuadro febril con amigdalitis exudativa y cultivo positivo a STA. Estudio de portadores negativo. *Caso 2.* Niño de 5 años. Dos episodios (abril y octubre del 2001). En este caso no hubo descamación. Cultivos inicialmente positivos que se negativizaron tras idéntico tto al caso previo. Análisis de orina normal. ASLO 620 U. Todd. Hasta la fecha, no han presentado nuevas recidivas.

Comentarios: 1) Frecuencia de recurrencias desconocida. La bibliografía publicada en nuestro país, solo recoge 6 casos en los últimos años. 2) Dificultad en el diagnóstico. Hasta un 10-20% de niños sanos en edad escolar pueden tener una colonización faríngea a estreptococo. Además, otras infecciones bacterianas, víricas e incluso ciertos fármacos pueden ocasionar exantemas escarlatiniformes. 3) Causas para la recurrencia poco claras. Se suponen debidas a una ausencia en la producción de anticuerpos frente a la exotoxina pirogénica, bien porque no se desarrollaron en el episodio inicial o porque el paciente sea reinfectado por una cepa distinta que produce una exotoxina serológicamente diferente

P379

TIROIDITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A ANOREXIA NERVIOSA

M. Fernández Rodríguez, E. Pérez Estévez, G. Orejón de Luna, C. Teruel de Francisco y B. Cortés Santamaría
Centro de Salud Potes, Madrid, Hospital 12 de Octubre, Madrid, Centro de Salud Opañel II, Madrid.

Objetivo: Describir un caso clínico de hipotiroidismo autoinmune y anorexia nerviosa y realizar una búsqueda bibliográfica sobre si está descrita asociación entre estas dos patologías.

Paciente de 14 años de sexo femenino que consulta por mareos. En la exploración se detecta bocio por lo que se determinan: hemograma con VSG, glucemia, ferritina, T4L y TSH. Presenta una hemoglobina de 12,5 g/dl, ferritina de 19 ng/dl, TSH 6,15 uU/ml (0,27-4,4), T4L 1,06 ng/dl (0,9-1,8).

En el transcurso de 2 meses presenta astenia y sangrado menstrual abundante repitiéndose la determinación hormonal. Se detecta aumento de TSH : 244,0 uU/ml con niveles de T4L muy disminuidos de 0,17 ng/dl, anticuerpos antitiroglobulina 75 UI/ml (0-100) y anticuerpos antimicrosomales-TPO > 7500 UI/ml (0-50). Con diagnóstico de hipotiroidismo por tiroiditis linfocitaria se remite a consulta hospitalaria iniciándose tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

Posteriormente inicia astenia, anorexia, sensación de malestar y tristeza. Los controles analíticos de T4L, TSH, glucemia, natremia, kaliemia, hemoglobina y ferritina fueron normales. La restricción de la ingesta calórica se incrementa objetivándose una disminución de peso de 6.800 Kg en 6 meses, ya refiriendo la paciente "verse gorda". Por la pérdida de peso y distorsión de la imagen corporal es remitida a Psiquiatría y se ingresa para evaluación y nutrición.

Los diagnósticos al alta fueron depresión y anorexia nerviosa. El tratamiento fue Risperidona, Lorazepam y Fluoxetina. Actualmente sigue el mismo tratamiento con sustitución de la Fluoxetina por Paroxetina. Presenta buena evolución. Se realiza una revisión bibliográfica sobre la anorexia nerviosa y la tiroiditis linfocitaria.

P380

BÚSQUEDA DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

M. Pons Rodríguez, I. Alonso Martínez, M. Terrades Coromines y E. Castro Nicolau

C.A.P. Sant Miquel, Granollers.

Antecedentes: El Dolor Abdominal Recurrente (DAR), es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria. Uno de los problemas que plantea su manejo son los criterios de derivación a servicios de Salud Mental.

Objetivos: Detectar aquellos parámetros que nos podrían ayudar a diferenciar los individuos con DAR que presentan psicopatología de los que no.

Métodos: Se estudiaron los individuos entre 6 a 14 años que consultaron dos servicios de Atención Primaria entre Dic-00 y Marzo-01 por DAR. Se les realizó una entrevista de psicopatología estructurada (DISC) y diversos cuestionarios para valorar las características del dolor abdominal y otros parámetros que podrían estar relacionados con psicopatología (cuestionario de dolor abdominal, Child Behavior Checklist, cuestionario de Salud General de Goldberg)

Resultados: Se han estudiado 23 individuos con DAR, el 52% cumplían criterios para algún diagnóstico psicopatológico según el DSM-IV. Las características del dolor no han sido útiles para diferenciar individuos con y sin psicopatología. La interferencia del dolor abdominal en la actividad habitual del niño ha sido más elevada en individuos con psicopatología. Los individuos sin psicopatología han presentado más antecedentes de familiares de patología abdominal y más procesos alérgicos concomitantes que los individuos con psicopatología.

Conclusiones: Recomendamos la derivación de aquellos individuos que presenten síntomas de psicopatología, y cuando se detecte elevada interferencia en la actividad habitual del niño por el dolor abdominal.

P381

UTILIZACIÓN ADECUADA DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ PIENSAN LOS PADRES?

E. Fortea Gimeno, C. Vila Pablos, R.B: Cortés Marina y J.C. Buñuel Álvarez

Instituto Catalán de la Salud, Girona.

Antecedentes y objetivo: En España no se han efectuado estudios que exploren las creencias de los padres sobre el uso adecuado de antibióticos (ATB). El objetivo de esta comunicación es evaluar el nivel de conocimientos de los padres sobre los ATB en general y sobre cinco patologías prevalentes en atención primaria en particular.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico realizado en dos centros de salud (encuesta autocumplimentada por los padres). La muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple (n = 316); Variables recogidas: dependientes: Creencias de los padres: valorada cuando éstos contestaban afirmativamente a estas tres frases: 1) Actualmente existen algunas infecciones que no responden adecuadamente al tratamiento con ATB; 2) Si los ATB se utilizan con demasiada frecuencia, es posible que dejen de hacer efecto; 3) Si tu hijo recibe frecuentemente tratamiento con ATB, es posible que cuando los vuelva a necesitar no le hagan efecto. Otras variables depen-

dientes: respuesta sobre la necesidad de tomar ATB en la bronquitis, el resfriado común, la Gripe, el dolor de garganta (aunque no se tenga fiebre) y la diarrea. Variables independientes principales: nivel de estudios de los padres, sexo de la persona que responde la encuesta, edad de los padres, etnia de los padres, asistencia a colegio (público o concertado-privado), asistencia a guardería, asistencia médica habitual (sanidad pública o privada), número de hermanos. Estadística: descriptiva, análisis bivariante y de regresión logística.

Resultados: Un nivel adecuado de creencias se asoció con: etnia blanca ($P = 0,0003$, Odds Ratio (OR) = 9,49, Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%) = 1,23- 72,95; nivel elevado de estudios de los padres ($P = 0,012$, OR = 2,17, IC 95% = 1,19- 3,97); mayor edad de los padres ($P = 0,019$, OR = 1,07, IC 95% = 1,01- 1,13). Todos estos resultados han sido calculados mediante regresión logística.

Conclusiones: Este estudio identifica dos grupos de riesgo: la población inmigrante y las familias con un nivel de estudios bajo-, colectivos sobre los que es necesario planificar actuaciones específicas para mejorar su nivel de conocimientos.

P382

FROTIS FARÍNGEO: SU UTILIDAD

M.M. Martínez López, R. Díez Dorado, M.J. Pérez Tabernero Angoso y P. Navarro Pastor
Centro de Salud de Tres Cantos, Madrid.

Objetivo: Valorar si los datos clínicos y epidemiológicos son indicación real de infección por estreptococo.

Material y métodos: Realizamos frotis faríngeo (FF) en niños con alta sospecha clínica de presentar una faringitis/amigdalitis por *Streptococo* β hemolítico.

Sólo se puede realizar mediante cultivo en el laboratorio de microbiología de referencia del área sanitaria; el resultado tarda entre 4-5 días.

Analizamos el resultado de 68 FF realizados durante el año 2001 en la consulta de pediatría, de una zona periurbana del Norte de la Comunidad de Madrid con un nivel socioeconómico medio- alto. La exploración y el diagnóstico lo realizo siempre el mismo pediatra y el FF la misma enfermera.

Resultados: Total de FF realizados: 68, fueron positivos 38 (55%) y negativos 30 (45%). Estación del año en que fueron recogidos (resultados positivos de FF vs resultados negativos): primavera 39,4%/ 33,3%, verano 13,1%/ 10%, otoño 18,4%/ 20%, invierno 28,9%/ 36,6%. Edad: menores de 3 años: no se recogió ningún frotis, entre 3 y 8 años: 52,6%/ 56,6%, entre 8 y 12 años: 42,1%/ 33,3%, mayores de 12 años: 5,2%/ 10,1%. Sexo: varones: 63,1%/ 50%, mujeres: 36,9%/ 50%. Clínica fiebre mayor de 38,5°: 47,3%/ 43%, fiebre menor de 38,5: 42,1%/ 43%, afebril 10,5%/ 13,3%; cefalea: 26,3%/ 23,3%; dolor abdominal: 26,3%/23,3%; vómitos: 21%/26,6%; odinofagia: 81,5%/50%; síntomas respiratorios de vías altas: 10,5%/23,3%. Exploración: adenitis cervical dolorosa: 68,4%/ 60%; faringitis con eritema: 34,2%/ 36,6%; amigdalitis pultácea: 81,5%/ 66,6% y halitosis: 5,2%/ 6,6%.

Conclusiones: la clínica y la epidemiología no son suficientes para el diagnóstico de infección faringoamigdalar por estreptococo. Es aconsejable la realización de técnicas de diagnóstico rápido en las consultas de Atención Primaria, evitaría la utilización de antibióticos no necesarios disminuyendo las resistencias y también el coste (1 € el test rápido frente a 4 € el tratamiento completo con penicilina).

P383

DERMATITIS ATÓPICA SEVERA. COMPLICACIONES

N. Fernández Martínez, V. González Conde, E. Rodrigo y D. Sánchez Aguilar

Centro de Salud A Serra de Outes, Outes, Hospital Clínico Universitario, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivo: Caso clínico atípico de lactante que desarrolla Dermatitis Atópica (D.A.) antes de los 2 meses de vida y eritrodermia en 2 ocasiones como complicaciones excepcionales.

Caso clínico: Recién nacido sano que nace por P.E.V. Apgar 9-10-10. Correctamente vacunado. Madre rinitis alérgica y hermano D.A. A los 15 días de vida presenta eritema facial, empeoramiento progresivo a lo largo de los meses con afectación más intensa en flexuras. Diagnosticado y tratado de D.A. con corticoides tópicos, antihistamínicos y emolientes. A los 8 meses presenta agudización de su enfermedad precisando ingreso. Durante el mismo presenta sepsis por *Estafilococo Aureus* y artritis de cadera entrando el paciente en eritrodermia. Tras el tratamiento se mantiene estable y al año de edad entra de nuevo en eritrodermia, siendo necesario tratamiento con corticoides i-v. Se detecta déficit proteico con hipoalbuminemia por lo que precisa aporte de albúmina i-v. La eosinofilia se eleva hasta 37,7% y la IgE a 5.390. Biopsia cutánea normal y biopsia ganglionar con adenitis reactiva. Se descarta Histiocitosis, Sd de Job, Sd de Leiner por las pruebas complementarias.

Conclusiones: Excepcional que la D.A. aparezca antes de los 2 meses de vida (como en nuestro caso). Excepcional que la D.A. en fase de lactante tenga su aparición en flexuras. La eritrodermia de la D.A. ocurre en menos de un 1% de los pacientes. El límite entre D.A. y D. Seborreica es difícil de precisar dependiendo de la edad de el paciente. Importancia del tratamiento rápido para evitar complicaciones de impetiginización, sepsis y eritrodermia que pueden desencadenar pérdidas proteicas, para evitar el fallo cardíaco.

P384

NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE PUERTO REAL (CÁDIZ)

M.C. Gutiérrez Moro, M. Mellado Fernández, S. Fernández Revuelta, F. Jiménez-Alfaro Romero y A. Tristán Nieto
Centro de Salud de Puerto Real, Puerto Real.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y evolutivas de los casos diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad en la población infantil de nuestra zona básica de salud.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de 60 casos de neumonía diagnosticados en la población infantil de 1 a 14 años de la zona básica de salud de Puerto Real (Cádiz) durante los meses de Octubre de 2000 a Junio de 2001. Se analizaron las variables de edad, sexo, fecha de diagnóstico, manifestaciones clínicas, radiológicas, exploración física, determinaciones analíticas, evolución y respuesta al tratamiento. Se determinó hemograma y bioquímica general, velocidad de eritrosedimentación y serología para *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en 32 casos.

Resultados: Fueron diagnosticados de neumonía 60 niños, 29 varones y 31 mujeres. La edad de máxima incidencia fue de 4 a 8 años. Por meses el mayor número de casos correspondió a los meses de enero a mayo. Los datos clínicos de presentación más frecuentes fueron tos y fiebre, alta en el 60% de los casos, seguidos de anorexia, dolor abdominal y vómitos. En 13 casos el diagnóstico inicial fue faringitis. El hallazgo de auscultación más frecuente fueron los crepitantes, en 33 casos (55%) unilaterales, en 7 casos (11%) bilaterales y hubo disociación clínico radiológica en 12 casos. La localización radiológica fue unilateral en 47 casos, con predominio basal, distribución bilateral en 11 y 2 casos con afectación de lóbulo medio. El patrón radiológico fue alveolar en 30 (50%), intersticial en 18 (30%) y mixto en 12 (20%). La serología fue positiva (Ig M+) para *Mycoplasma pn.* en 9 casos y para *Chlamydia pn.* en 18. Se trató empíricamente con amoxicilina o amoxicilina/clavulánico en 27 casos, macrólidos en 28 y cefalosporinas en 5 casos. La evolución fue favorable con resolución en 58 pacientes y hubo dos ingresos hospitalarios por afectación importante del estado general.

Conclusiones: Las neumonías en la infancia presentan evolución favorable con tratamiento ambulatorio. El diagnóstico etiológico es difícil de realizar en el medio extrahospitalario. *Mycoplasma pn.* y *Chlamydia pn.* desempeñan un importante papel etiológico en la neumonía adquirida de la comunidad en la edad infantil.

P385 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL CROMOSOMA X FRÁGIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Peñalver Sánchez, R. Ávila Villegas, E. Puente Antón, J.M. Ramos Navas-Parejo, F.J. Garrido Torrecillas e I. Castilla Pedregosa
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El Síndrome del cromosoma X frágil es la primera causa de retraso mental hereditario y la segunda cromosopatía más frecuente después del S. de Down. Se produce por una alteración en el gen FMR-1, localizado en el brazo largo del cromosoma X. Presentamos el caso clínico de dos familiares afectados de esta enfermedad y cuyo diagnóstico se hizo en la consulta de atención primaria.

Primer caso: varón de 5 años de edad que acude por primera vez a la consulta por cuadro de varicela. Antecedentes personales: retraso en la adquisición de las funciones psicomotoras, así como una gran hiperactividad e impulsividad y adenoiditis de repetición. Exploración física: obesidad moderada generalizada, hipopsiquismo y rasgos faciales que recuerdan al tricorinofalángico y Prader Willi. Con la sospecha de Síndrome del X Frágil o Prader Willi, se remite a genética para realizar estudio por biología molecular, confirmándose el diagnóstico de Síndrome de X Frágil.

Segundo caso: una prima del anterior paciente tiene un hijo con 2 años con ligero retraso del lenguaje y la deambulación. Debido a los antecedentes familiares y a la clínica sugestiva, se decide realizar estudio molecular que confirma de nuevo las sospechas diagnósticas.

Se realizó genograma y estudio genético familiar.

Comentarios: Debemos pensar en la posibilidad de Síndrome del X Frágil ante todo niño con retraso intelectual. El diagnóstico en la actualidad se realiza con técnicas moleculares que de-

tectan la expansión anómala de un trinucleótido (CGG) del gen FMR-1 localizado en el brazo largo del cromosoma X. Es importante el consejo genético en estas familias para detectar los estados de sano, portador y afecto en varones y mujeres tanto prenatal como postnatalmente. Para conseguir el máximo desarrollo intelectual posible del enfermo hay que realizar un diagnóstico precoz, jugando un papel fundamental el pediatra de atención primaria que además deberá asesorar a los padres.

P386 ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO DE UNA SERIE DE 32 PACIENTES

C. Díaz Buschmann, C. Pedrón Giner, M.D. García Novo y G. García Melcón
Hospital del Niño Jesús, Madrid.

Antecedentes y objetivo: Describir una serie de pacientes en edad preescolar con alteración de la conducta alimentaria (ACA) atendidos en una unidad de nutrición pediátrica y determinar la respuesta a una intervención encaminada a lograr una mejora de la conducta prestando especial atención a los cambios obtenidos en el estado de nutrición de los pacientes.

Métodos: De forma retrospectiva se recogieron los datos de las historias clínicas de 32 pacientes que reunían criterios diagnósticos de ACA. Se efectuó la descripción de la muestra y se comparó el estado de nutrición de los pacientes antes y después de la intervención terapéutica mediante un análisis estadístico. El estado de nutrición se valoró mediante el peso y la talla en desviaciones *score* y mediante el índice de Waterlow peso/talla (IW P/T). Se compararon los resultados con los datos publicados de otras series.

Resultados: En el momento de la primera consulta más de una tercera parte de los pacientes mostraba un estado de malnutrición moderada o severa. Tras la intervención mejoraron el peso y el IW P/T de forma significativa ($p < 0,01$). Casi todos los padres referían de forma subjetiva un cambio positivo en la conducta alimentaria de sus hijos. Los resultados fueron similares a los obtenidos en otras series.

Conclusiones: Las alteraciones de la conducta en el ámbito alimentario pueden cursar con un estado de malnutrición.

Obtenemos en nuestra serie una mejora en la conducta y una diferencia significativa en los parámetros antropométricos tras una intervención pero no disponemos de un grupo control de niños con ACA sobre los que no se hubiera realizado la misma intervención para afirmar que nuestro resultado tenga un valor real.

P387 SEGUIMIENTO CLÍNICO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE: IDENTIFICACIÓN DE FRACTURAS EVOLUTIVAS

C. Barreiro Arceiz, M.C. Mosquera Pérez, A. Muñoz Torres, Vilela Fernández, C. Soler Regal y J. Antelo Cortizas
Hospital Xeral-Cies, Vigo.

Los T.C.E. leves representan un importante porcentaje del total de los traumatismos de la infancia.

Cuando el traumatismo se produce en el primer año de vida, entre el 0,5 y el 0,6%, desarrollan fracturas evolutivas,

complicación exclusiva de la etapa infantil.

El mecanismo de producción de las fracturas evolutivas es la existencia de un desgarro de la duramadre a través de la cual se hernia la aracnoides que se insinúa entre los bordes óseos formándose un quiste leptomeníngeo. El latido del líquido cefalorraquídeo va aumentando progresivamente la anchura de la línea de fractura por erosión del hueso, a la vez que puede producirse atrofia del cerebro subyacente.

La línea de fisura no siempre es visible inicialmente en la radiografía de cráneo, pudiendo transcurrir varios meses hasta que se objetiva el defecto óseo clínica o radiológicamente.

La clínica se caracteriza por la aparición de un defecto óseo palpable y una tumoración blanda y pulsátil que deforma localmente la cabeza, elevando el cuero cabelludo. El paciente puede presentar cefalea y signos neurológicos focales (hemiparesia, convulsiones), o estar completamente asintomático.

Presentamos un caso clínico de un lactante de ocho meses que ingresa tras un T.C.E. leve. En la radiografía de cráneo se objetiva una fractura parieto-occipital y posteriormente desarrolla una fractura evolutiva. El paciente precisó intervención neuroquirúrgica en dos ocasiones para resolver la solución de continuidad.

Concluimos por nuestra experiencia y la revisión de la literatura, que es conveniente realizar en todos los niños menores de un año con un T.C.E. leve, un control clínico transcurridos dos o tres meses, aunque no se haya realizado una radiografía o en esta no se aprecie una línea de fractura, para descartar esta importante complicación.

P388

INTERCONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

R. Escorihuela Esteban, M.N. Domínguez Garrido, M.V. Barajas Sánchez, M.E. Fernández Villalba, B. Benítez Zarza, C. Ruiz Serrano y M. Ruiz Moreno

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Entre un 2-7% de los niños vistos en atención primaria (AP) son enviados para interconsulta a niveles asistenciales superiores. La relación entre los pediatras es muy básica, en forma escrita y sólo el 56% de las consultas tienen informe de alta hospitalario. Es nuestro objetivo presentar los datos epidemiológicos de los pacientes enviados desde el centro de AP a nuestro hospital, considerado como de 2º nivel, como una forma de abordar los problemas de comunicación entre dichos niveles de asistencia.

Material: Muestra no seleccionada de 600 pacientes enviados para primera consulta desde el CAP (parte de las áreas 7 y 11 de Madrid). Los pacientes son vistos en una consulta general y de ahí se derivan a otras subespecialidades, dentro del servicio o al hospital de 3º nivel. Con los principales datos epidemiológicos se confecciona una base de datos con un programa R-Sigma (Dr. J. Sandiumenge).

Resultados: El 38% de la actividad de la consulta externa proviene de los pacientes enviados por los pediatras de AP. La media de edad fue de $5,6 \pm 4,6$ años. Entre los 147 diferentes motivos de consulta, los 10 más frecuentes fueron: soplo sistólico (11%), asma (6,6%), alergia alimentaria (6,3%),

cefalea (5%), dolor abdominal (4,3%), estudio de talla baja (3,8%), mareos (3,1%), ITU (2,6%), alteraciones craneales (2,3%) y retraso ponderal (2,3%). Un 20% de los pacientes fueron enviados a alguna subespecialidad siendo las 6 más consultadas: cardiología, alergia, cirugía infantil, psiquiatría-psicología, endocrinología y ORL. Un 12% de los pacientes no precisó pruebas especiales de diagnóstico mientras que un 63% requirieron estudios que solo es posible realizarlos en el Hospital. Una vez finalizado el primer estudio un 27% de los pacientes fue dado de alta. La población inmigrante supone un 15% de los pacientes estudiados.

Comentarios: El estudio no puede generalizarse ya que no todos los hospitales reciben los pacientes a través de una consulta general. Un 75% de los pacientes llegan para confirmar un diagnóstico por carecer en sus centros de medios de diagnóstico sofisticados, y sólo un porcentaje bajo (20%) es enviado a subespecialidades. La población inmigrante es cada día más numerosa. Sería deseable más comunicación entre los pediatras responsables del niño.