

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. IV - Diciembre 2007 - Núm. 3

Sumario

EDITORIAL

Elecciones junta directiva 2008. **PAG. 2**

OPINIÓN

A un compañero y amigo. **PAG. 4**

NOTICIAS

Vacuna del virus del papiloma humano:
Nota informativa de la Consejería de Sanidad y Dependencia. **PAG 5**

Comunicado de la AEPap. **PAG 5**

IV Reunión de la AEPap. Cáceres, 16 y 17 de Mayo de 2008. **PAG 7**

Reunión de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura.
Córdoba 18-19 de enero de 2008. **PAG 9**

Boletín de noticias y novedades de la AEPap. **PAG 10**

Grupo de trabajo de Pediatría del desarrollo (GPD-AEPap). **PAG 10**

Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2007. **PAG 10**

ARTÍCULO

Manejo de la enuresis nocturna monosintomática primaria en pediatría
*M. Luque Salas, M. Bermejo Pastor, Maria de los Desamparados Cortes Bayarri,
Ma Soledad Hinchado Deogracias y Remedios Rodríguez Navarrete.* **PAG 11**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

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 FERRING



M^a Isabel Corral Muñoz

Pediatra de Atención Primaria
Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres.
Vicepresidente de SPAPex

Estimados amigos, el próximo año 2.008 corresponde celebrar **elecciones para renovar la Junta Directiva** de nuestra Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex).

La decisión adoptada por la Junta Directiva saliente ha sido convocar las elecciones para los días 16 y 17 de mayo de 2.008, en Cáceres, durante la celebración de nuestra V Jornada de actualización en Pediatría de atención primaria, que éste año coincide con la IV Reunión de la AEPap, que tenemos el privilegio de organizar.

Dado que el proceso electoral anterior no resolvió la renovación parcial de los miembros de la junta directiva, de conformidad con nuestros estatutos, esta vez se llevará a cabo la renovación de todos los cargos.

Como sabéis, algunos de los miembros actuales hemos formado parte de ésta junta durante dos períodos consecutivos, desde la fundación de nuestra Sociedad.

Esperamos, por tanto, vuestro compromiso y participación.

Me voy y os pido el relevo.

Al principio no teníamos nada, con el tiempo surge la necesidad de agruparse. Esta oportunidad se consolida con la creación de dos secciones provinciales, ligadas a la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y así comenzamos a funcionar. Nuestra compañera Mercedes Reymundo fue la gran impulsora de esta primera organización.

Hace algo más de ocho años, se pretende dar un nuevo paso y es unir ambas provincias y crear una sociedad regional. Pero no estamos solos, ha surgido en el resto del país un movimiento semejante que agrupa a numerosos Pediatras de Atención Primaria en cada comunidad autónoma. Profesionales que, allá donde ejerzamos, compartimos una forma de hacer, de pensar,

problemas y necesidades, por lo que se ve muy claro el cambio de denominación: Asociaciones de Pediatría de Atención Primaria. Una asociación de ámbito nacional la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y asociaciones regionales que se unen en un modelo de federación. Toma la batuta Juanjo Morell y bajo su sabia dirección y excelente hacer, nos hemos granjeado un prestigio ante el SES y la AEPap, además de consolidar una atención pediátrica de calidad con los recursos disponibles y ganarnos la credibilidad del usuario.

Sin ánimo de ser pretenciosa son muchos los logros a destacar:

1. Se ha consolidado la **Formación**. Hemos celebrado, sin interrupción, durante nueve años una reunión anual. Nuestro Foro cumplió su 5ª edición este año en Cáceres, habiendo alternado ambas capitales de provincia en su organización. Mérida, Don Benito y Plasencia han sido sede de las jornadas de actualización interforos. La próxima reunión de mayo corresponderá a la V Jornada de Actualización de la SPAPex.
2. Mantenemos una **página web** siempre al día, actualizándose y modernizándose continuamente.
3. Editamos nuestra **revista Foro Pediátrico** que es referente bibliográfico en otras publicaciones pediátricas.
4. Se ha mantenido una **información fluida a los socios** a través de numerosas circulares.
5. Ante los diferentes problemas laborales: guardias, productividad variable, sustituciones, enfermería pediátrica y un largo etcétera, se ha sostenido un **diálogo permanente con la Administración sanitaria**, hemos hecho oír nuestra opinión, hasta el punto en que las características de nuestra sociedad (científica y profesional) permiten negociar o influir en las decisiones.



No somos un sindicato por tanto no podemos acudir a otros foros de negociación.

6. Se nos ha considerado y llamado para participar en grupos de trabajo y órganos asesores (vacunación, salud escolar, cartera de servicios, etc.). Formamos parte del Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario de Extremadura.
7. Se ha remodelado, gracias al trabajo desinteresado de muchos compañeros/as, el **Programa de Salud Infantil y del Adolescente**. Tenemos por fin una Historia Clínica unificada, unos sistemas de registro actualizados, y disponemos de una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica más actual, así como de estupendas guías anticipatorias.
8. Se ha **suprimido el antiguo programa de Salud escolar**, una necesidad sentida por a la mayoría de nosotros.
9. Trabajamos en la actualidad para conseguir una **Cartera de Servicios específica** para Pediatría de AP, que como habréis podido observar ya ha dado sus primeros pasos de reforma para el 2008, íntimamente ligada al nuevo programa de salud infantil, reconoce servicios que estamos prestando y no representa ninguna tarea más añadida.
10. Se ha instituido el **Premio a la Iniciativa en Pediatría de Atención Primaria**, con el objetivo de potenciar actividades investigadoras e innovadoras.
11. Hemos luchado junto al resto de sociedades regionales para lograr la **rotación por Atención Primaria de los MIR de Pediatría**.
12. Somos parte activa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), como sociedad federada, y nos han elegido para celebrar el próximo mayo de 2008 su reunión anual.
13. La Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA) también nos confió la organización y celebración en Extremadura de su Congreso anual en el 2002.

Seguramente hay mucho más que en este momento no recuerdo, y todo ello lo hemos logrado entre todos, directiva y socios. Creo que nadie dudará que hay que mantener estas actividades y hay que mantener el prestigio conseguido por esta Sociedad.

Se avecinan malos tiempos, no descubro nada si afirmo que no hay pediatras, que mantener el servicio al niño y adolescente con coberturas crecientes y equitativas (medio rural) y criterios mínimos de calidad asistencial va a ser dificultoso; que algunas voces abogan por una marcha atrás, por borrarlos del mapa sanitario volviéndonos, en el mejor de los casos, a la antigua figura de consultores, perdiendo por tanto esa capacidad de seguimiento longitudinal de los niños y sus familias. Este porvenir incierto precisa de unidad en nuestra Comunidad y con el resto de España. Por ello es esencial una Junta Directiva dispuesta a liderarnos y combatir los envites que nos vayan presentando los años venideros.

Yo me pregunto y os pregunto:

¿Podemos dejar que se pierda lo conquistado?

¿Podemos quedarnos sin defender el futuro?

La Directiva actual debe renovarse, algunos de nosotros nos vamos sin más prórroga, otros estarían dispuestos a quedarse y sumar sangre nueva hasta completar los cargos. Cabe también la posibilidad de que hagáis una candidatura totalmente nueva con un proyecto propio.

Sé de las dificultades que, algunos de los más cercanos, tenéis, pero es importante seguir representados, unidos y dispuestos a mejorar nuestra formación, nuestra situación laboral, nuestra calidad asistencial, mantener las coberturas actuales y participar en el buen desarrollo físico, psicológico y social de los niños de esta Extremadura, futuros ciudadanos del mañana.

El papel del Pediatra de Atención Primaria es importante y debemos creérnoslo y luchar por ello.

Reflexionad y decidid, yo os animo desde estas páginas, no es tan costoso como parece.



A un compañero y amigo. *Para Paco Campos*

Cuando estudiaba medicina, la cardiología fue para mí una asignatura desagradable, como desagradado todo lo que uno piensa que no dominará nunca. Al rotar con Paco, en mi cuarto año de residencia, lo que antes me parecía imposible resultó tan claro y bonito, que decidí ser cardiólogo infantil. Pero quiero escribir más bien sobre sentimientos, tan difíciles de expresar con palabras.

Nunca he trabajado tan a gusto como los 4 años que compartimos aquella consulta de cardiología, triple pero tan chiquita, en la planta baja del «materno», con Petri, nuestra amable enfermera. Me vienen a la memoria caras, gestos, voces de entonces. Recuerdos de hace dos décadas, pero tan vívidos como si el tiempo se hubiera detenido y todos fuéramos los de entonces. Como si no fuera 30 de noviembre de 2007 y ayer acabara de cumplir 50 años, como si esta tarde en Las Rozas estuviera aún en mi casa de Badajoz, viendo la orilla del Guadiana al atardecer. Momentos felices junto a otros terribles (la guardia, una de mis últimas, en la que varios chicos fueron tiroteados por un adolescente loco, la gota que inclinó la balanza de mi futuro hacia la Atención Primaria, hoy lo confieso).

El materno fue para mí una escuela de pediatría y de vida, con relaciones hechas a base de abrazos y broncas, tan humanas. Personalidades diversas, singulares, prolíficas, vitales, traviesas. Las frases lapidarias de Luis Munuera, las caricaturas desternillantes de Paco Moreno en la pizarra de lactantes, el humillo del cigarro a medio fumar escondido tras la mesa de su consulta de endocrino (ese humo maldito...). Los apodos (a mi me bautizó Juan Luis Cordero como «el sumulito»), los objetos, los detalles. La risa franca de Emilia, mi compañera de promoción. Y Esther, y Javier, y tantos amigos a los que quiero y sé que me aprecian.

Paco y Miluca son una pareja entrañable. Los recuerdo estudiando en su mesa camilla, el libro gordo meticulosamente subrayado, con anotaciones a mano. El cafetito a media tarde, sus dos hijas pequeñas pululando por la casa sin cortinas, el viejo Citroen «dos caballos», Santi y Lourdes, nuestros amigos comunes.

Paco deja su trabajo, pero seguirá ejerciendo a través de los que aprendimos de él. Es un ejemplo de honestidad y dedicación, un hombre bondadoso, profundo, extenso, con la sabiduría del que se propuso formarse a sí mismo y lo consiguió. Una vara con la que medirnos y un listón que casi nadie alcanzamos.

Amante de la poesía, le gustarán estos versos de Khalil Gibran:

«Protegedme de la sabiduría que no llora
de la filosofía que no ríe
y de la grandeza que no se inclina ante los niños»

De su amigo, Benjamín Herranz.

Cartas

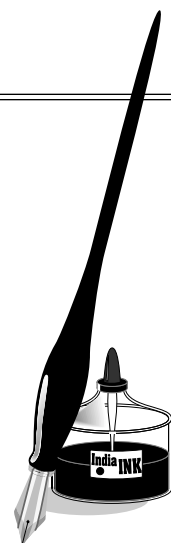
Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

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

FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón, 21. BADAJOZ

Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





Vacuna frente al virus del papiloma humano

**Nota informativa de la Consejería de Sanidad y Dependencia
16 de noviembre de 2007**

Como continuación de la Nota Informativa de 22 de octubre de 2007 y con el objetivo de mantener la actualización sobre este asunto en aras de evitar equívocos sobre la vacunación frente al VPH, desde esta Consejería de Sanidad y Dependencia, se quiere informar a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura que:

o La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en su reunión del pasado 15 de los corrientes, acordó, entre otras cuestiones, que:

* en cumplimiento de lo ordenado por el Pleno del CISNS del día 26 de septiembre de 2008, se ha estudiado la cohorte a vacunar dentro de la horquilla propuesta entre 11 y 14 años. La cohorte a vacunar será preferentemente la de los 14 años (15 de las 19 Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas vacunarán únicamente esta cohorte).

* Instar nuevamente a las dos CCAA que van a vacunar más de una cohorte a que reconsideren su decisión cara al consenso sobre el calendario de vacunaciones en España y la claridad de planteamientos debida a los ciudadanos.

o Con el fin de conseguir el mayor consenso en el campo de las inmunizaciones en el Sistema Nacional de Salud, esta Consejería de Sanidad y Dependencia ha optado por **incluir en el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la vacuna frente al VPH, exclusivamente para niñas, en una única cohorte, la de los 14 años de edad, a lo largo del próximo año 2008.**

o Previamente, y de forma continuada tras su instauración, se realizará una campaña informativa a la población, con refuerzo de aquellos aspectos de educación para la salud relacionados con la salud sexual -dirigido a disminuir el riesgo de que la población adquiera una falsa sensación de seguridad frente al resto de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y también frente al VPH, ya que la vacuna sólo protege frente a ciertos serotipos-, y el impulso de la prevención precoz del cáncer de cuello uterino de acuerdo con los programas establecidos por el Servicio Extremeño de Salud.

o En ningún caso, por ahora, se recomienda la administración sistemática de la vacuna a varones ni a niñas o mujeres adultas de otras edades.

Comunicado AEPap en relación con la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH)

El debate en torno al papel de las vacunas frente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en la prevención del cáncer de cérvix debe situarse en un marco científico y técnico, que parta de la investigación y la lectura reflexiva y crítica de las publicaciones científicas disponibles.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, www.aepap.org) entiende que el desarrollo de vacunas para prevenir el cáncer de cérvix es un salto cualitativo de gran valor, tanto para la vacunología como para otras disciplinas médicas distintas de la infectología. Por otro lado, el hecho de que la mejor estrategia en el uso de estas vacunas para el fin propuesto sea la inmunización de las adolescentes antes del inicio de la actividad sexual, antes de la primoinfección por el VPH, nos coloca a los pediatras de Atención Primaria y a la enfermería pediátrica en un lugar destacado en su implementación.

La European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) aprobó en septiembre de 2006 una vacuna tetravalente (Gardasil®) dirigida contra la infección por los tipos de VPH 16, 18 (causantes de al menos el 70% de los cánceres de cérvix y de un número relevante de otros carcinomas de los epitelios de vulva, vagina, ano y tracto digestivo superior), 6 y 11 (causantes de casi el 100% de las verrugas genitales). Del mismo modo en septiembre de 2007 se ha aprobado una nueva vacuna bivalente (Cervarix®) frente a los tipos 16 y 18 de VPH. La primera ya ha sido aprobada en nuestro país y la segunda estará disponible en los próximos meses. La EMA destaca que los beneficios esperados de estas vacunas son sin duda superiores a los riesgos de un uso, en este momento.

I.- La AEPap reconoce que de la investigación llevada a cabo hasta el momento pueden extraerse algunas conclusiones:

1. Las tasas de incidencia y prevalencia del cáncer de cérvix en España son de las más bajas de nuestro entorno; se estima que cada año se detectan 2.000 casos nuevos y más de 600 fallecimientos por esta causa, aproximadamente.
2. La infección por el VPH es una causa necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cérvix. No existe virtualmente cáncer de cérvix sin infección previa por el VPH.



3. La estrategia de lucha contra esta enfermedad se ha basado hasta el momento en el diagnóstico precoz de lesiones epiteliales precursoras a través del cribado mediante citología y la técnica de Papanicolau. En los lugares donde los programas de cribado han alcanzado altas tasas de cobertura se ha constatado una notable disminución de la incidencia de cáncer de cérvix avanzado. Sin embargo, en nuestro país, estos programas muestran coberturas no óptimas en algunos grupos de población (mujeres con menor nivel social, de entornos rurales, de mayor edad).
4. Las vacunas aprobadas han documentado, en ensayos clínicos en fase III correctamente llevados a cabo en niñas, adolescentes y jóvenes de 9 a 26 años, ser altamente eficaces cuando se ha estudiado la inmunogenicidad y la capacidad para prevenir las lesiones cervicales precursoras de neoplasia. Además, Gardasil® ha mostrado ser muy eficaz en la prevención de las verrugas genitales.
5. La capacidad para prevenir el cáncer de cérvix se relaciona directamente con la prevención de la primoinfección por el VPH. Ésta ocurre con frecuencia en los primeros meses tras el comienzo de la actividad sexual, por lo que debe buscarse la inmunización completa antes de la edad de inicio de aquella.
6. Las vacunas aprobadas han mostrado altos niveles de seguridad, similares a otras vacunas.
7. Quedan aspectos importantes por aclarar (papel de las vacunas en varones, inmunodeprimidos, y otros grupos) o comprobar (duración de la protección, efectividad real para evitar el resultado final de la infección por el VPH). Son razones para poner a punto sistemas de vigilancia e impulsar la investigación y el debate científico en los próximos años.

II.- La implementación de la vacunación contra el VPH plantea dificultades y retos importantes; unos ya conocidos con vacunas anteriores y otros nuevos por las particularidades de este caso. Con la experiencia acumulada por pediatras y expertos en vacunología, la AEPap hace las siguientes propuestas/recomendaciones al colectivo de pediatras de Atención Primaria:

1. Hacer uso de esta vacuna siguiendo las recomendaciones de las respectivas fichas técnicas aprobadas, que irán modificándose en función de los datos aportados por nuevas investigaciones.
2. Colaborar activamente en la farmacovigilancia, especialmente importante en el caso de nuevos productos farmacológicos.

3. Mantener una actitud prudente y disciplinada en relación con las recomendaciones finales de nuestras autoridades sanitarias.

III.- La AEPap propone a las demás sociedades científicas y en forma muy especial a las autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad y Consumo, y comunidades autónomas):

1. El desarrollo de información y formación de calidad, sin sesgos de ningún tipo, dirigida a los profesionales y a la población.
2. Si tras la evaluación de las necesidades y recursos disponibles el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha decidido la inclusión de la vacunación contra el VPH en el calendario vacunal, creemos de suma importancia:
 - Establecer un calendario vacunal infantil único para toda la población infantil/juvenil española, independientemente de la comunidad donde se resida.
 - Esta pauta de primovacunación contra el VPH debe llevarse a cabo en su totalidad antes de finalizar la edad pediátrica (antes de cumplir los 14 años), con el objeto de asegurar los niveles de cobertura óptimos. En este mismo sentido, sería deseable la elección de una edad de administración en la que ya existe una cultura de vacunación femenina y que por lo general coincide con revisión del Programa del Niño, como son los 11 años.
3. El establecimiento de sistemas de registro fiables, estables y uniformes en todo el territorio español, imprescindibles para determinar el impacto real de la enfermedad y la vacunación.
4. El Ministerio de Sanidad y Consumo debería contribuir a la financiación de la vacuna para así posibilitar su inclusión en el calendario vacunal de forma simultánea en todas las comunidades autónomas.

Las investigaciones en marcha generarán nuevos datos que pueden dar luz a los numerosos aspectos aún no bien conocidos. Por ello es importante mantenerse atentos y adaptar las recomendaciones y prácticas a las mejores evidencias disponibles en cada momento. Esto, que vale para cualquier enfermedad y su tratamiento, es especialmente importante en este caso al tratarse de un tipo de abordaje tan novedoso (intervención en niñas y adolescentes) para una enfermedad cuya historia natural la hace visible varias décadas más tarde. **En las actuales circunstancias, la AEPap apoya la inclusión de la vacunación frente al VPH en adolescentes.**



IV Reunión de la AEPap. Cáceres, 16 y 17 de Mayo de 2008

V Jornada de Actualización en Pediatría
de Atención Primaria de la SPAPex
VII Reunión anual de la APAPCyL
III Curso de Primavera de la AMPap
2ª Reunión Científica de la APapCLM

AVANCE DE PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 16 de mayo. Complejo San Francisco

08,30 a 09,15: Recogida de documentación

09,15 a 09,45: Inauguración

09,45 a 11,30: **Mesa Redonda: «Actualización en temas prevalentes de pediatría»**

Moderadora: Dolores Sanchez Díaz. *Pediatra. CS «Parquesol» (Valladolid).*

*«Neumonía adquirida en la comunidad. Puesta al día»

M^a Isabel Úbeda Sansano¹, José Murcia García²

¹*Pediatra. CS de La Eliana (Valencia),* ²*Pediatra CS La Magdalena (Jaén).*

*«Diagnóstico clínico y cribado de la enfermedad celíaca»

José Manuel Marugán de Miguelsanz. *Pediatra. Serv. Gastroenterología infantil. HCU (Valladolid).*

*«Manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones del tracto urinario en la infancia»

Carlos Ochoa Sangrador. *Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha (Zamora).*

Objetivos:

- Presentar un protocolo actualizado útil en el diagnóstico y tratamiento de la NAC (Neumonía adquirida en la comunidad) en pediatría, aplicando los criterios de MBE.
- Puesta al día, según la evidencia científica, de los métodos de diagnóstico de la enfermedad celíaca y recomendaciones de cribado de la misma.
- Puesta al día, según la evidencia científica, de los métodos diagnósticos, pruebas de imagen y tratamientos recomendables de las infecciones del tracto urinario en la infancia.

11,30 a 12,00: Café. Descanso.

12,00 a 14,00: **Seminarios y Talleres simultáneos I**

14,00 a 15,30: Comida de trabajo.

15,30 a 17,00: **Comunicaciones. Posters.**

17,00 a 17,15: Descanso.

17,15 a 19,15: **Seminario y Talleres simultáneos II**

20,30: Actos sociales.

Sábado 17 de mayo. Complejo San Francisco

09.00 a 10.00: Asamblea General de SPAPex, APAPCyL, APapCLM

10,00 a 11,30: **Mesa Redonda: «Encuentro con el experto»**

Moderadora: Elena Fernández Segura. *Pediatra. CS de Nerja (Málaga).*

* «Preguntas frecuentes en Endocrinología pediátrica»

Emilio García García. *Pediatra. Endocrino. Serv. Endocrinología infantil. Hospital Torrecárdenas (Almería).*

Objetivos:-

Responder a las preguntas más frecuentes sobre endocrinología pediátrica que se nos presentan a los pediatras de Atención Primaria: obesidad y síndrome metabólico, talla baja, caracteres sexuales, diabetes, hipotiroidismo...

11,30 a 12,00: Café. Descanso.

12,00 a 13,15: **Foro profesional:**

* **Presentación Plan Estratégico sobre la pediatría en atención primaria de Andalucía**

Carlos Valdivia Jiménez. *Pediatra (Málaga). Presidente de la APap-Andalucía*

* **Atención pediátrica en el entorno rural: problemas y alternativas**

Begoña Rodríguez-Moldes Vazquez. *Pediatra. CS de Torres de la Alameda (Madrid).*

Objetivos:

- Analizar la situación actual de la pediatría de Atención primaria en Andalucía. Un análisis de las oportunidades y amenazas que presenta el entorno. La identificación de sus fortalezas y debilidades internas. Proponer alternativas para su mejor posicionamiento en el futuro. Definir el papel que debe desempeñar la Asociación de Pediatras de AP de Andalucía en este proceso.
- Conocer la problemática de los pediatras de Atención Primaria que trabajan en la zona rural en las distintas Comunidades Autónomas y ofrecer distintas alternativas para mejorar la situación.

13,15 a 14,30: **Asamblea General Anual de AEPap.**

14,30 a 15,00: Entrega de premios mejor Póster y Comunicación. Clausura.

15,00: Comida.

Seminarios

A. «Interpretación de pruebas de laboratorio en pediatría de atención primaria»

Rafael Jiménez Alés. *Pediatra. CS de Estepa (Sevilla).*

Objetivos:

El objetivo del seminario es ayudar al pediatra de Atención Primaria, a seleccionar las pruebas de laboratorio más eficientes en su labor diaria, que le ayuden en la toma de



decisiones diagnósticas, terapéuticas o le ayuden a orientar un pronóstico, evitando la petición indiscriminada de pruebas

B.«Trastornos de las funciones cognitivas en el desarrollo»

Pablo Duque Sanjuan. *Neuropsicólogo. Servicio Extremeño de Salud.*

Objetivos:-

Dotar a los pediatras de AP de herramientas sencillas para un primer diagnóstico de los trastornos cognitivos del desarrollo [disfasia, dislexia, déficit de atención, síndrome disejecutivo...], mediante la delimitación de signos y síntomas en la anamnesis y una evaluación de screening ante la sospecha clínica concreta. Delimitar, por último, recomendaciones terapéuticas para lo padres dependiendo del tipo de afectación [e independientemente de la actuación que se haga en servicios de estimulación cognitiva].

C.«Pirámide nutricional y recomendaciones dietéticas en la infancia y adolescencia»

Juan José Delgado Domínguez. *Pediatra. CS Labañou (A Coruña).*

Ana Martínez Rubio. *Pediatra. CS de Pilas (Sevilla).*

Objetivos:-

La pirámide nutricional como modelo didáctico: sesgos y utilidades. Recomendaciones nutricionales en la infancia y adolescencia: análisis de las evidencias más recientes y aplicación práctica.

D.«Uso racional del medicamento en el asma infantil»

Alfonsa Lora Espinosa. *Pediatra. CS «Puerta Blanca» (Málaga).*

Manuel Praena Crespo. *Pediatra. CS «Candelaria» (Sevilla).*

Objetivos:-

Realizar una valoración clínica del asma, su gravedad y control.-

Utilizar las guías para el tratamiento de la crisis y el control del asma, bajo la óptica del Uso Racional del Medicamento.

E.«Problemas prevalentes en salud mental infanto-juvenil»

Margarita Alcamí Pertejo. *Psiquiatra. Hospital de Día de Leganés (Madrid).*

Objetivos:-

Conocer las tareas específicas del Pediatra de Atención Primaria frente a los trastornos de Salud Mental: detección, diagnóstico y abordajes terapéuticos.

Talleres

1.«La exploración cardiológica: siempre un reto»

Luis Fernández Pineda. *Pediatra. Serv. Cardiología pediátrica. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).*

Objetivos:

Recordar los principales aspectos de la exploración del corazón, haciendo especial hincapié en los datos que pueden distinguir un soplo orgánico de uno funcional

2.«Interpretación radiológica en Pediatría»

Josefina Vicente Rueda. *Radiólogo. Sección de Radiología Pediátrica. HU Reina Sofía (Córdoba).*

Objetivos:-

Reconocimiento de los hallazgos radiológicos más frecuentes en la patología pediátrica más prevalente en atención primaria.-

Reconocimiento de variantes de la normalidad que puede confundirse con patología.-

Aprendizaje de signos radiológicos de enfermedades infrecuentes pero potencialmente graves que pueden presentarse en atención primaria.

3.«Sexualidad y anticoncepción»

M^a Teresa Peinado Rodríguez.

Médica DS Salud Sexual y Reproductiva. COF-Centro Joven «Ciudad Jardín» (Badajoz).

Objetivos:-

Información y formación de los pediatras en materia de salud sexual y reproductiva, posibilitando el desarrollo de estrategias y el abordaje de la sexualidad y la anticoncepción en las consultas de pediatría como elemento de salud y desarrollo personal de niños y adolescentes.

4.«Metodología del consejo. Estrategias que favorecen la adquisición o el cambio de hábitos de los pacientes y sus padres.»

M^a Luisa Arroba Basanta. *Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón (Madrid).*

Rosario Dago Elorza. Pediatra. CS Castilla La Nueva. Fuenlabrada (Madrid).

Objetivos:-

Enseñar y entrenar ciertas habilidades comunicativas fundamentales para la emisión de mensajes informativos y consejos en la consulta diaria, respetando siempre el estilo particular de cada profesional.-

Reflexionar e intercambiar experiencias que nos faciliten la adquisición y el mantenimiento de habilidades en el proceso de la entrevista, con especial mención a la aproximación negociada o centrada en el paciente.



XCIV Reunión de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura

Fecha: 18-19 de Enero de 2008. Sede de la Reunión: Hotel Occidental Córdoba.

PROGRAMA PRELIMINAR

Viernes 18 de enero de 2008

16.30-18.00: MESA REDONDA DE RESIDENTES.

Patología Emergente:

Moderador. Prof. Pérez Navero. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

1. Tuberculosis resistente. Dr. Rafael González de Caldas. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

2. Fiebre en el niño inmigrante. Dr. A Rodríguez Martínez. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

3. GEA por Rotavirus. Dra. P. Amadeu Da Costa. Hospital Puerto Real. Cádiz.

18.00-18.15: Descanso.

18.15-19.45: TALLERES SIMULTANEOS.

1. Taller sobre dermatología pediátrica. Diagnóstico por la imagen en dermatología pediátrica.

Dr. José Carlos Moreno Giménez. Profesor Titular de Dermatología. Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. Jefe de Servicio de Dermatología. Dr. Rafael Jiménez Puya y Dr. Manuel Galán Gutiérrez. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

2. Taller sobre Ortopedia Infantil.

Dr. Juan Andrés Conejero Casares. Médico Adjunto Rehabilitación Infantil. Profesor Asociado. H Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

3. Taller sobre Oftalmología Infantil. Estrabismo.

Dra. Emilia García Robles. Médico Adjunto Oftalmología Infantil. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

19.50 Acto inaugural.

20.15-21.00:

-Entrega y presentación del Premio Nestlé Nutrición Infantil 2007 Prof. José González Meneses. Patrocinado por Nestlé.

ESTUDIO DE ALTERACIONES NUTRICIONALES, CAMBIOS METABÓLICOS Y HORMONALES EN NIÑOS OBESOS PREPUBERALES

Mercedes Gil Campos, Concepción Aguilera García, Carmen Ramírez-Tortosa, Ramón Cañete Estrada y Ángel Gil Hernández.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

-Conferencia.

Obesidad Infantil en el siglo XXI. Prof. Rafael Tojo. Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina Universidad de Santiago de Compostela.

Finalizado el Acto se servirá un Cóctel por gentileza de Nestlé.

Sábado 19 de enero de 2008.

9.30-10.30 1ª Sesión de póster simultáneas.

10.30-12.00 MESA REDONDA DE ATENCION PRIMARIA.

Seguimiento del RN de riesgo en Atención Primaria.

Moderador: Dr. Antonio Pons. Pediatra CS Alcalá del Río. Sevilla. Coordinador del Proceso de Asistencia Temprana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

1. Aspecto nutricional y crecimiento. Carmen Gutiérrez Moro. Centro de Salud de Puerto Real. Cádiz.

2. Aspectos neurológicos y de aprendizaje. Dra. Inmaculada Ramos. Unidad de Maduración. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

3. Programa de Atención Temprana. Juan Carlos Sanguino. Pediatra. CS Los Montecillos. Dos Hermanas. Sevilla.

12,00-12,30: Pausa / Café.

12,30-13.45: COMUNICACIONES ORALES.

14.00-16.00: Almuerzo de trabajo.

16.00-17.00: Asamblea Reglamentaria.

17.30-19.00: 3ª MESA REDONDA.

Avances en Especialidades Pediátricas.

Moderador. Dr. Jose Maria Barcia Ruiz. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabra. Córdoba.

1. Avances en Endocrinología. Prof. Ramón Cañete Estrada. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

2. Avances en Errores Innatos del Metabolismo. Dr. Manuel Pérez Pérez. Sección de Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

3. Avances en Gastroenterología. Prof. Federico Argüelles. Jefe de la Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

19.00-19.30: Pausa / Café.

19.30-20.30: 2ª Sesión de póster. Sesiones Simultáneas.

21.15: Cena de Clausura.

Entrega de Premios a la mejor Comunicación Oral y al mejor Póster.

Propuesta de Residentes para la Próxima Mesa Redonda.

Cuotas de Inscripción: Socios: 100 euros

Residentes-Socios: 60 euros

No Socios: 150 euros

Acompañantes: 60 euros



Boletín de noticias y novedades de la AEPap

Desde diciembre se envía desde la AEPap un boletín electrónico informando de noticias en relación con la Asociación así como de las Sociedades Autonómicas que la componen, igualmente se reseñan aquellas novedades aparecidas en el último mes en la página web de la Asociación. Para recibir este boletín se debe rellenar el formulario que aparece en <http://www.aepap.org/boletin.php>

Grupo de trabajo de Pediatría del desarrollo (GPD-AEPap)

En el seno de la AEPap echa a andar un nuevo Grupo de trabajo relacionado con la Pediatría del Desarrollo, pendiente de su constitución formal a primeros del próximo año 2.008.

Entre sus objetivos iniciales destacan:

-Establecer un mapa de recursos y legislaciones sobre Atención Temprana por CCAA. Recoger todos los circuitos asistenciales por CCAA. Tratar de hacer recomendaciones comunes sobre asistencia y recursos deseables.

-Establecer conexiones con organismos, sociedades científicas, organizaciones de pacientes etc. que tengan competencias en Atención Temprana, ya sean de ámbito estatal o de CCAA.

-Estar presentes en foros sobre Atención Temprana, representando a AEPap.

Si hubiese algún compañero interesado en formar parte o contactar con éste grupo de trabajo puede hacerlo contactando con Juan José Morell (jjmorell@teleline.es).

Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2007

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, con objeto de promover e incentivar trabajos realizados en el ámbito de la Pediatría en Atención Primaria, convoca el **1º Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2007**

La beca tendrá carácter autonómico y será convocada cada dos años.

La dotación económica para la presente edición será de **3.000 euros**.

BASES DE LA CONVOCATORIA

* Los trabajos presentados podrán versar sobre cualquier tema relacionado con la Pediatría en Atención Primaria, debiendo ser originales no publicados o

premiados anteriormente, realizados en el año 2.007 o que estén en curso o vayan a finalizar en el periodo máximo de un año tras la concesión del premio.

* Podrán presentar sus trabajos los socios de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura que ejerzan su actividad profesional en la Comunidad Autónoma de Extremadura, siendo al menos uno de los autores miembro de la Sociedad.

* El trabajo original y 4 copias deberán ser remitidos por correo certificado a la Secretaría de la Sociedad (Colegio Oficial de Médicos. Avda Colón 21. 06005 Badajoz). En el sobre no deberá figurar ningún remitente. En su interior se incluirá, en sobre cerrado, nombre y dirección completa del autor o autores del trabajo.

* Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 hojas DIN-A4 y deberán estar redactados a doble espacio, con márgenes de 2,5 cm a cada lado y fuente tipográfica de 12 puntos. La memoria del trabajo o proyecto se adaptará, al menos, a los siguientes apartados: Título, Resumen, Antecedentes y Justificación, Objetivos, Material y Método (medios y recursos disponibles), Aplicabilidad y utilidad práctica, y referencias Bibliográficas.

* El plazo de presentación de solicitudes para optar al premio **finalizará el día 31/03/2008**.

* El Grupo calificador estará compuesto por 3 miembros que designe la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, no pudiendo formar parte del mismo los firmantes de los trabajos ni aquellas otras personas relacionadas personal o profesionalmente con alguno de los autores. El fallo será inapelable, pudiendo considerarse desierto; en este caso el importe del premio no sería acumulado a la convocatoria siguiente.

* La entrega del premio tendrá lugar durante la celebración de la Jornada de Actualización de la SPAPex, a celebrar en el año 2008. La cuantía del premio se entregará de la siguiente forma: un 25 % a la concesión, otro 25 % tras la entrega de resultados parciales y el 50 % restante al finalizar el proyecto. Del total de la cuantía, se deducirá la correspondiente retención a cuenta del I.R.P.F. del perceptor que será ingresada en la Hacienda Pública de acuerdo con la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento de aplicación.

* El concurso a la presente convocatoria supone la aceptación de estas bases.

* La publicación y difusión del trabajo premiado será realizado, en primer lugar, por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Publicaciones posteriores deberán hacer referencia, siempre, a su vinculación a esta Sociedad.



Manejo de la enuresis nocturna monosintomática primaria en pediatría

M. Luque Salas (1), M. Bermejo Pastor (2), María de los Desamparados Cortes Bayarri (3), M^a Soledad Hinchado Deogracias (4) y Remedios Rodríguez Navarrete(4).

1.Pediatra Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
2.Pediatra Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.
3.DUE Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
4.DUE Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

La enuresis nocturna primaria monosintomática (ENPM) se **define** como la presentación de una micción funcionalmente normal, que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos dos veces por semana y durante un tiempo mínimo de tres meses consecutivos en un paciente que nunca ha sido continente, a la edad en la que se espera que ya controle la micción nocturna (a partir de los 5 años). Dicha micción por definición no ha de ser debida a efecto directo de ninguna sustancia ni a ninguna enfermedad.

Existen varias **teorías para explicar la ENPM**, siendo las que son más defendidas por los distintos autores dos de ellas. La primera lo basa en factores genéticos, observándose marcadores en los cromosomas 8Q, 12 Q y 13 Q. La segunda teoría lo explica a través de un mecanismo no bien conocido que provoca un retraso en la maduración del control vesical. Hay otras razones para comprender la existencia de ésta enfermedad como sería la disminución de los niveles plasmáticos y la alteración en el ritmo de secreción de la hormona antidiurética, que por otra parte es la base del tratamiento farmacológico en nuestras consultas de pediatría de atención primaria.

Con respecto a la transmisión genética, se sabe que un niño nacido de unos padres que ambos fueron enuréticos tiene una probabilidad de padecer ENPM de un 75%; en el caso de que sólo un progenitor estuviera afecto de pequeño la probabilidad es de un 45%.

Con respecto a la **epidemiología**, es importante saber que, la ENPM tiene una prevalencia de 11,7% en niños que ya han cumplido los 5 años, de un 7,4% en edades de 8-9 años, de un 4,8% en mayores de 10 años y que en personas de entre 15-20 años existe una prevalencia de un 1-2%. Es más frecuente en varones (3:2).

Para poner cifras más familiares con respecto a los cupos que manejamos de pediatría podemos hacer la siguiente consideración:

16 pediatras de CS en Badajoz capital

Al menos 15000 niños menores de 14 años

Alrededor de 8000 niños mayores de 6 años

Estimando un 7% de frecuencia nos saldrían 560 niños enuréticos (7% de 8000)

Si dividimos los 560 niños entre los 16 pediatras nos saldrían 35 niños/cupo.

No se nos escapa que es raro que los pediatras de atención primaria de Badajoz tengan más de 6-8 niños diagnosticados y tratados de ENPM. Por lo tanto atendiendo a las estadísticas de la literatura y revisando los textos y artículos sobre enuresis podemos afirmar sin tener muchas probabilidades de equivocarnos, de que tan sólo diagnosticamos al 20% de los afectados (7 de 35 probables).

También tenemos que saber que ésta enfermedad presenta importantes **problemas tanto a nivel familiar como personal**. La actitud de los padres ante la ENPM suele ser la de no informar espontáneamente a los sanitarios (un 80% no lo hacen), además a sus hijos los despiertan por la noche para que orinen (66%), les ponen pañales (48%), les restringen las bebidas a partir de la tarde-noche (55%), muchos les regañan (19%) y algunos los castigan (4%).

Con respecto a los niños, más del 50% están angustiados, preocupados o acomplejados, y tienen una alta probabilidad de presentar una baja autoestima, cualidad importantísima de personas en período de aprendizaje, que puede afectarle para el resto de su vida.



El **diagnóstico** de debe hacer en las consultas de atención primaria de pediatría y debemos de intentarlo buscando la patología de forma activa (Nivel A de recomendación).

Como en todo proceso diagnóstico se basará en una buena anamnesis (interrogar sobre nº de veces que se orina, cuantas noches, tiempo de control de micción, antecedentes familiares, antecedentes personales de cefalea crónica, TDAH, estreñimiento, etc.), exploración física (inspección de espalda y extremidades, examen de la marcha y de genitales) y mediante exámenes complementarios (no es necesario realizar examen de orina pero en algunos pacientes sí es útil el calcular el volumen máximo miccional diurno (VMMD) durante tres días en dos fines de semana consecutivos, sabiendo que el VMMD teórico es igual a {edad+2 multiplicado por 30}).

Con respecto al **diagnóstico diferencial** es importante diferenciar a la ENMP del síndrome enurético (enuresis polisintomática), detectando problemas de infección del tracto urinario, inestabilidad vesical, vejiga neurógena, vejiga perezosa, obstrucción orgánica de la uretra, etc. También entraría en el diagnóstico diferencial la micción intravaginal, los ataques epilépticos, la diabetes e incluso los niños simuladores.

El **tratamiento** se basa en tres pilares: un tratamiento conductual basado fundamentalmente en el calendario de micciones nocturnas y los dispositivos de alarma (pipi-stop), en un tratamiento farmacológico y en la psicoterapia. Lo más eficaz para el tratamiento de la ENMP es una combinación de los tres.

Pasamos a desarrollar las opciones terapéuticas de las que disponemos aplicables en Atención Primaria.

Podemos decir que en la actualidad no existe un tratamiento 100% eficaz, de ahí que la opción terapéutica más aceptable sea la terapia combinada.

La *terapia conductual* con dispositivo de alarma (pipi-stop) obtiene de forma combinada buenos resultados. Su objetivo es conseguir despertar al niño ante la distensión vesical y el inicio de la micción, creando en el niño un reflejo condicionado según el cual logra despertarse ante la emisión de orina. Se trataría por tanto de una técnica de aprendizaje que precisaría de unos padres colaboradores y de un niño que responda a la terapia, es decir que consiga el despertar ante el sonido de la alarma.

Dentro de la terapia conductual simple, destacar la terapia motivacional. Tenemos que incentivar al niño para que colabore a resolver su problema. Se podría establecer un calendario de sol-nubes con la idea de conseguir un refuerzo positivo en el niño, es decir se le premia cuando deja de mojar la cama pero no se le riñe ni se le castiga cuando moja la cama.

También son eficaces los ejercicios de retención de la orina y corte del chorro durante la micción de forma que «acostumbremos» a la vejiga a aumentar su capacidad y poder controlar los esfínteres a voluntad (esta técnica no obstante es de eficacia dudosa según diferentes autores).

Dentro del tratamiento medico el más seguro y eficaz para la Enuresis Primaria Monosintomatica que ocurre durante el sueño sería la **Desmopresina**.

La Desmopresina es una hormona antidiurética sintetizada en hipotálamo y con reservorio en lóbulo posterior de la hipófisis. Ejerce su acción a nivel del túbulo colector mediante la reabsorción de agua con lo que va a concentrar la orina. Parece ser que los niños que sufren de Enuresis van a tener alterado el ritmo circadiano en la liberación de esta hormona con lo cual no se libera durante el sueño en la cantidad necesaria. Esto provoca tener menos capacidad para la reabsorción de agua a nivel distal con la consecuente falta de concentración de la orina.

Esta hormona es usada en: Diabetes insípida, Enuresis Primaria Monosintomatica y en la enfermedad de Von Willebrand.

La Desmopresina (Minurin®) tiene varias presentaciones; intranasal, comprimidos 0,2 mg y de reciente aparición el Flase de 120 ngr. Actualmente las dos presentaciones mas usadas son los comprimidos y la presentación bucodispersable flase de 120 ngr.

Los comprimidos de 0,2 mg financiados por la seguridad social (punto negro), no necesitan refrigeración y son de fácil absorción. Se pueden mezclar con algún alimento (yogurt o zumo) y se administran una hora antes de acostarse evitando desde ese momento la ingesta de líquidos.

La pauta posológica sería:

Comenzaríamos los tres primeros meses con dos comprimidos de 0,2 mg (0,4mg). A partir del tercer mes de tratamiento si la respuesta es positiva (mas del 60% de noches secas) iniciaríamos poco a poco la retirada (quitando medio comprimido al



mes), para quedar al séptimo mes con medio comprimido en días alternos y la posibilidad de retirada si la respuesta clínica es satisfactoria.

La otra opción terapéutica sería con la nueva presentación de Minurin Flac de 120 mgr. Comprimidos liofilizables que consiguen mayor biodisponibilidad y mejor absorción con menor dosis (240 mg frente a los 400 mg de los comprimidos). Financiado por la seguridad social (punto negro) con el mismo precio que los comprimidos: se presenta como una buena opción terapéutica al ser bucodispersables y no necesitar ningún alimento para su ingestión. No se pueden ranurar y no tienen sabor, por lo que la pauta posológica va a ser diferente.

La pauta es: 2 comprimidos durante los tres primeros meses para pasar a partir del tercer mes a un comprimido al día. En el último mes (7ºmes) se puede pasar a un comprimido a días alternos o de mantenimiento.

CONCLUSIONES:

Se trata de una patología de alta PREVALENCIA (entre un 10-15 % de los niños mayores de 5 años sufren este problema). Además nos encontramos con un elevado infradiagnóstico (8 de cada 10 niños están sin diagnosticar).

Inclusión en los Programas de Salud y en la Cartera de Servicios para poder detectar a tiempo esta patología y poder iniciar un tratamiento precoz.

El diagnóstico en Atención Primaria es fácil y para ello se facilita un algoritmo diagnóstico que se podría usar en los controles de salud de los 6 años.

Produce afectación en los diferentes aspectos de la vida: a nivel personal, económico, familiar y escolar.

El cumplimiento terapéutico por parte de los padres es bueno.

No hay un Tratamiento 100% eficaz.

Lo más eficaz es el **tratamiento combinado**

El tratamiento médico más seguro y eficaz es la **desmopresina**

El tratamiento conductual con **alarma** (pipi-stop) es una medida útil en combinación con el Tratamiento médico

La **psicoterapia** es eficaz en combinación: Terapia motivacional: calendarios sol-nubes.

Bibliografía:

- 1.- Revista Pediátrica de Atención Primaria. Publicación oficial de la Asociación española de Pediatría. Guía de práctica clínica: Enuresis Nocturna Monosintomática en Atención Primaria. Vol VII. Octubre 2005. Supl 3.
- 2.- Espino Aguilar R. ¿Qué conocen y opinan los padres de la enuresis infantil? En: Espino Aguilar R, (ed.). II Reunión Nacional de Enuresis Infantil. II Reunión del Comité para el Estudio y Asesoramiento en Enuresis (CEAE); 12-13 Mar 2004; Málaga (Spain). Madrid: Pulso; 2004.
- 3.- Thiedke CC. Nocturnal enuresis. Am Fam Physician 2003; 67:1499-1506.
- 4.- Rodríguez Fernández y cols. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. En: Protocolo diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo III (nefrología/urología); 42-47.
- 5.- American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994). Valdés Miyar M, (ed.). Barcelona: Masson; 2001
- 6.- Marugan de Miguel-Sanz JM, Lapeña López de Armentia S, Rodríguez Fernández LM, Palau Benavides MT, Torres Hinojal MC, Menau Martín G, y cols. Análisis epidemiológico de la secuencia de control vesical y prevalencia de enuresis nocturna en niños de la provincia de León. An Esp Pediatr. 1996;44(6):561-567.
- 7.- Longstaffe S, Moffatt ME, Whalen JC. Behavioral and self-concept changes after six months of enuresis treatment: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2000;105(4 Pt 2):935-940.
- 8.- Schulman SL, Stokes A, Salzman PM. The efficacy and safety of oral desmopressin in children with primary nocturnal enuresis. J Urol. 2001;166(6):2427-2431.

A continuación proponemos un algoritmo diagnóstico para aplicarlo en los controles de salud de los 6 años.



ALGORITMO DIAGNOSTICO ENPM

1.- Datos generales:

- Nombre: _____
- Edad: ____ años Sexo: _____
- Moja la cama noche: NO SI
- N° noches mojadas al mes: _____
- N° veces moja/noche: ---- _____
- Ha controlado esfínteres previamente.
 - * NO:----- Primaria
 - * SI: (>6 meses)-- Secundaria.
- Edad de la Primera continencia:
 - * Diurna: ____ años
 - * Nocturna: ____ años.
- Edad de reinicio de la Enuresis: _____ años.
- Se despierta después de orinar: NO SI
- Le riñen o castigan: NO SI
- Algún acontecimiento desencadenante:
- Antecedentes Familiares: NO SI
- Enfermedades asociadas: _____
- Tratamientos previos: _____

2.- Datos clínicos: (marque con una X)

- N° micciones al día (<3 o >7): NO SI
- Urgencia miccional: NO SI
- Escapes diurnos: NO SI
- Dificultad o retraso en iniciar la micción: NO SI
- Micción anormal: NO SI
- Estenosis del meato: NO SI
- Anomalía neurológica: NO SI

Las 7 respuestas NO: Enuresis nocturna primaria monosintomática.

NOTAS