

**La adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica produce una disminución del coste económico del proceso diagnóstico-terapéutico de la neumonía adquirida en la comunidad**

Buñuel Álvarez JC, Vila Pablos C,  
Moreno Arrebola E, Boada Senciales F.

---

**Análisis del gasto derivado de la prescripción de antibióticos sistémicos en población pediátrica de Castilla y León**

Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque RM,  
Vázquez Fernández MJ, Pastor García E,  
Eiros Bouza JM.

---

**Intoxicación etílica en urgencias (2001-06)**

Garralda Torres I, Iceta Lizarraga A, Durá Travé T, Molins Castiella T, Oteiza Oradre C,  
Palacios Orcajada M.

---

**Mastocitosis. Dos formas de presentación cutánea en la infancia**

Vegas Álvarez AM, Casas González E,  
Manchado López P.

---

**El termómetro de mercurio, ¿una ayuda o un peligro?**

López Verde L, Blanco García A,  
Valdivia Jiménez C.

---

**Varicela de intensidad media o moderada en vacunados**

Pérez Sánchez-Cuadrado M,  
Serrano Lacouture E, Redondo Granado MJ.

---

**Tos ferina en el adolescente:**

**¿sería conveniente adelantar la vacuna?**

Serrano Lacouture EA, Pérez Sánchez-Cuadrado M, Redondo Granado MJ.

---

**Evolución de la incidencia de la gripe en población pediátrica de Asturias. Temporadas 2004-05 y 2005-06**

Aladro Antuña A, Domínguez Aurrecochea B,  
Benito Martín MT, Margolles Martins M,  
González Posada I, García Balbuena M.

---

**Comportamiento de las 25 patologías más frecuentemente diagnosticadas respecto a la edad y el sexo**

Hernández Encinas A, Domínguez Aurrecochea B, Álvarez González V,  
Martín Rodríguez D, García Mozo R.

---

**Evolución de la incidencia de diarreas y gastroenteritis en Asturias en los veranos de 2004 y 2005**

García Balbuena ML, Domínguez Aurrecochea B, Aladro Antuña A, Benito Martín M, González Posada I, Margolles Martins M.

---

**La adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica produce una disminución del coste económico del proceso diagnóstico-terapéutico de la neumonía adquirida en la comunidad**

Buñuel Álvarez JC, Vila Pablos C, Moreno Arrebola E, Boada Senciales, F. *ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut)*

**Introducción y objetivos.** El objetivo del presente estudio es comparar el coste económico del proceso diagnóstico-terapéutico de la neumonía infantil adquirida en la comunidad (NIAC) en dos periodos de tiempo (1999 y 2004-05). Durante el segundo período se adaptaron a nuestro centro las directrices de dos guías de práctica clínica (GPC) sobre diagnóstico y tratamiento de la NIAC en Atención Primaria.

**Métodos.** Se contabilizaron 57 episodios de NIAC en 1999 y 95 en 2004-05. Se estimó para cada episodio el número de consultas, el número de radiografías de tórax (RxT) y el antibiótico (ATB) usado. Se calculó para ambos periodos el coste económico en pesetas de cada consulta (434,1 pesetas/consulta), de la RxT (2.160 pesetas/RxT) y del tratamiento ATB. Análisis estadístico: comparación de medias mediante la prueba t de Student-Fisher.

**Resultados.** RxT: se produjeron una disminución en el coste de RxT/episodio de NIAC: 5.818 pesetas en 1999 frente a 2.410,10 pesetas en 2004/05,  $p < 0,05$ , y una disminución del número de consultas y del coste total de éstas/episodio en 2004-05 respecto a 1999: 3,8 consultas (2.044,1 pesetas) frente a 4,8 consultas (1.653,3 pesetas),  $p < 0,05$ . Se produjo una reducción, estadísticamente no significativa, del coste del tratamiento ATB/episodio: 2.969,30 pesetas (1999) frente a 2.763,10 pesetas (2004-05),  $p > 0,05$ . Considerando todos los costes, se produjo una reducción del coste total del proceso diagnóstico-terapéutico de NIAC en 2004-05 respecto a 1999: 7.751,70 pesetas frente a 11.923,50 pesetas,  $p < 0,05$ . Seis de 57 niños fueron derivados para ingreso hospitalario en 1999 frente a 13 de 95 en 2004-05; no existieron diferencias significativas.

**Conclusiones.** La adherencia a las recomendaciones de GPC basadas en pruebas produce una disminución del coste del proceso diagnóstico-terapéutico de la NIAC en Atención Primaria sin que ello implique un empeoramiento del porcentaje de resolución de la enfermedad.

### **Análisis del gasto derivado de la prescripción de antibióticos sistémicos en población pediátrica de Castilla y León**

Vázquez Fernández ME (*CS La Puebla, SACYL, Valladolid*), Bachiller Luque RM (*CS Pilarica, SACYL, Valladolid*), Vázquez Fernández MJ, Pastor García E (*CS Rondilla, SACYL, Valladolid*), Eiros Bouza JM (*Hospital Clínico Universitario-Facultad de Medicina, Valladolid*)

**Objetivo.** El presente trabajo pretende describir diferencias geográficas en el gasto derivado de la prescripción de antibióticos de uso sistémico en población pediátrica a lo largo del período 2001-05.

**Métodos.** Se han analizado retrospectivamente los datos de gasto en antibióticos destinados a uso sistémico en niños menores de 14 años en las 11 Áreas de Salud de Castilla y León, reflejados en una base de datos de gestión farmacéutica.

**Resultados.** El gasto derivado de la prescripción global por Áreas de Salud para los 5 años en conjunto mostró diferencias significativas ( $p < 0,001$ ). Zamora y León fueron las Áreas de Salud que presentaron un mayor gasto por prescripción de antibióticos de uso sistémico; estuvieron cerca de los 35 euros/1.000 habitantes/día. El resto de Áreas (Burgos, Palencia, Ávila, Valladolid Este, El Bierzo, Soria, Valladolid Oeste y Salamanca) mostró un gasto comprendido

entre 25-30 euros/1.000 habitantes/día con la excepción de Segovia, que presentó cifras muy inferiores en el entorno de Castilla y León, por debajo de los 20 euros/1.000 habitantes/día.

**Conclusiones.** En nuestro trabajo se documentan variaciones geográficas en el gasto de antibióticos que están directamente relacionadas con las variaciones de prescripción observadas en cada una de las Áreas de Salud, tanto en cantidad como en selección de principios activos y presentaciones farmacéuticas.

### **Intoxicación etílica en urgencias (2001-06)**

Garralda Torres I, Iceta Lizarraga A, Durá Travé T, Molins Castiella T (*Hospital Virgen del Camino, Pamplona*), Oteiza Oradre C (*CS Echarri Aranaz, Navarra*), Palacios Orcajada M (*Hospital Virgen del Camino, Pamplona*)

**Introducción.** El consumo de alcohol por la población adolescente constituye un problema que excede el ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerable y connotaciones legales, educativas y políticas. El objetivo del presente trabajo consiste en realizar un estudio descriptivo de los pacientes pediátricos atendidos por intoxicación etílica durante los últimos seis años (2001-06).

**Material y métodos.** Se han revisado retrospectivamente todos los casos de intoxicación etílica atendidos en urgencias de pediatría (< 15 años) entre enero de 2001 y diciembre de 2006. De cada paciente se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

**Resultados.** Se atendió a 63 pacientes: 40 mujeres (63,5%) y 23 varones (36,5%) por consumo de licores. La edad media era de 14,3 años (intervalo: 11,9-14,9). Entre 2001 y 2003 se atendieron 19 casos (30,1%) y entre 2004 y 2006 fueron 44 (69,8%). El 85,4% acudió en fin de semana y el 74% entre las 0:00 y 5:00 horas. Al ingreso, el test de Glasgow era de 11,8 y la temperatura de 35,4 °C. El valor medio de etanol en sangre era 1,87 g/dL (intervalo: 1,04-2,88). El 13,7% también había consumido cannabis y/o anfetaminas. La glucemia era de 111,7 mg/dL y el pH de 7,32.

**Discusión.** Se constata una preocupante tendencia al incremento de la atención en urgencias de intoxicaciones etílicas en pacientes pediátricos (< 15 años) en el período de tiempo estudiado, especialmente en el sexo femenino y relacionado con las actividades de ocio y tiempo libre de los fines de semana. Estos resultados exigen un desarrollo prioritario de programas preventivos y/o terapéuticos específicos.

### **Mastocitosis. Dos formas de presentación cutánea en la infancia**

Vegas Álvarez AM, Casas González E (*CS Delicias I y II, Valladolid*), Manchado López P (*Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid*)

**Introducción.** Las mastocitosis son enfermedades caracterizadas por la proliferación y el acúmulo de mastocitos cutáneos, con o sin afectación de otros tejidos. Las formas cutáneas son propias de la infancia y presentan aspectos clínicos, evolutivos y pronósticos diferentes de las de los adultos.

**Caso clínico 1.** Varón de 12 meses que consulta por aparición hace tres meses de lesión cutánea infraescapular izquierda. En la exploración presenta mácula de superficie rugosa de 2 x 1,5 cm de color pardo. Al friccionar se edematiza, adquiere un aspecto urticariforme (signo de Darier positivo) y se establece el diagnóstico de mastocitoma solitario.

**Caso clínico 2.** Varón de 9 meses con dermatitis atópica leve que consulta por la aparición de "manchas oscuras" en la piel. Presenta numerosas lesiones maculares marrones en el tronco y las extremidades inferiores que con la fricción se transforman en habones (signo de Darier positivo). Se realizó biopsia cutánea y se observó un acúmulo de masto-

citos en la dermis que confirmó el diagnóstico de urticaria pigmentosa.

**Discusión.** Dentro de las mastocitosis cutáneas se incluyen el mastocitoma solitario, la urticaria pigmentosa y la mastocitosis cutánea difusa. Las más frecuentes son las dos primeras y el diagnóstico de sospecha es fundamentalmente clínico. Es especialmente importante el signo de Darier, positivo en más del 90% de casos y que en los mastocitomas puede ser suficiente para el diagnóstico. Su conocimiento es fundamental para el pediatra de Atención Primaria ya que ayuda al diagnóstico diferencial con otros procesos eruptivos e infiltrativos cutáneos donde es negativo. En el resto de las formas es necesaria la biopsia para demostrar la presencia de un número elevado de mastocitos en la piel. El tratamiento en casos asintomáticos consiste en evitar desencadenantes de la degranulación mastocitaria y aplicar protocolos específicos en situaciones de riesgo. En formas sintomáticas se indica el uso de antihistamínicos y estabilizadores de los mastocitos.

### El termómetro de mercurio, ¿una ayuda o un peligro?

López Verde L, Blanco García A,  
Valdivia Jiménez C  
(CS Torre del Mar, Málaga)

**Introducción.** El mercurio (Hg) y sus

compuestos son extremadamente tóxicos para los seres humanos, los ecosistemas y la naturaleza.

La Comisión Europea estima que cada año se utilizan 33 toneladas de Hg en aparatos de medición, de las cuales 30 corresponden a los termómetros. Si estos aparatos se desechan de forma inadecuada (como ocurre en caso de roturas), el Hg en contacto con el aire se transforma en metilmercurio, su forma más tóxica, que pasa a la cadena alimentaria a través del agua y del pescado.

En noviembre de 2006 el Parlamento Europeo aprobó una propuesta para restringir la comercialización de los termómetros de mercurio y otros aparatos de medición de venta al público; quedó excluido el resto de los aparatos médicos.

**Métodos.** Por las mismas fechas realizamos una encuesta a las madres de nuestros pacientes para saber si usaban termómetro para medir la fiebre, qué tipo de termómetro y, en el caso de ser de Hg, el número de ellos que se les había roto en el último año.

**Resultados.** De 98 madres entrevistadas, 3 no usaban ningún tipo de termómetro, 57 de mercurio, 53 digital y 6 otros tipos (infrarrojos, chupete...). Había 17 madres que tenían más de un tipo. De las 57 que usaban el de mercurio, se les habían roto en el último año

91 termómetros (1,6 de media, con un máximo de 10 unidades).

**Conclusiones.** La rotura de termómetros de Hg es muy frecuente y no se lleva a cabo una recogida adecuada. Hay otros métodos de medición de la temperatura igualmente fiables. Debemos reclamar a nuestros gestores la eliminación de los termómetros de Hg de nuestras consultas de Atención Primaria y nuestros hospitales y promover campañas de intercambio gratuito para la población.

#### **Varicela de intensidad media o moderada en vacunados**

Pérez Sánchez-Cuadrado M, Serrano Lacouture E (*MIR Medicina de familia. C.S. Rondilla I, Valladolid*), Redondo Granado MJ (*Pediatra. CS Rondilla I, Valladolid, Profesora Asociada de Pediatría, Universidad de Valladolid*)

**Introducción.** La efectividad de la vacuna de la varicela se estimó en un 80-90% para cualquier tipo de varicela y en un 95-100% para la enfermedad moderada-grave, con una duración de la protección de al menos 10 años. Publicaciones más recientes han hallado que, en situación de epidemia escolar, esta efectividad puede ser inferior al 60%. La varicela padecida por los pacientes vacunados se ha denominado varicela modificada y se manifiesta

por una sintomatología leve, con escaso número de lesiones (media de 35 frente a 180 de la salvaje), con predominio de pápulas, afebril o con febrícula, una duración menor de 4 días y menos contagiosa que la enfermedad natural.

**Material y métodos.** En marzo de 2007 se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los niños que habían sido vacunados contra la varicela desde enero de 2000 hasta marzo de 2006 pertenecientes a un cupo pediátrico urbano. Eran 25 los niños vacunados con una edad media de vacunación de 2,6 años (entre 12 meses y 5 años y medio).

**Resultados.** De los 25 han padecido ya varicela modificada 7 (28%); de éstos, 3 (12%) la padecieron de intensidad media, similar a la varicela salvaje. La edad media en la que habían sido vacunados fue de 2,5 años (entre 1 y 5 años). La edad media a la que los niños padecieron varicela modificada fue de 4,8 años (entre 3 y 6 años). El intervalo, pues, entre vacuna y enfermedad fue de 2 años de media (entre 11 meses y dos años y medio). Todos eran niños sanos.

Con respecto a las edades de vacunación de los tres niños que padecieron varicela con intensidad media o moderada fueron: 3 años, 12 meses y 3 años y medio, y el intervalo hasta que padecieron la enfermedad: 2 años y medio, 2 años y

medio y 2 años. Tuvieron fiebre entre 37,5 y 38,5 °C y el número de lesiones fue: 100, 80 y 250, pruriginosas. Se prescribieron antitérmicos en los tres casos, en dos antihistamínicos y en uno aciclovir. La duración fue de una semana.

**Discusión y conclusiones.** Se destaca el alto porcentaje de niños que han padecido varicela a pesar de estar vacunados. Resulta, además, significativo que tres niños hayan tenido el mismo cuadro clínico que si no hubieran estado vacunados y en un intervalo corto, entre la primera y tercera epidemia escolar anual tras la vacunación. El Advisory Committee on Immunization Practices de los CDC ha aprobado recientemente la introducción de una segunda dosis de vacuna contra la varicela en el calendario vacunal americano y la recomienda a la edad de 4-6 años, si bien deja la posibilidad de administrarla tres meses después de la primera dosis. En la mayoría de los casos de varicela modificada aquí presentados no hubiera habido tiempo de aplicar la segunda dosis de la edad escolar, por lo que probablemente sea más efectiva la pauta de dos dosis seguidas (separadas por tres meses), similar a la de los adultos. Esta pequeña casuística apoyaría dicha pauta, cuya mayor efectividad ha sido constatada por Kuter *et al* en un trabajo mucho más extenso.

### Tos ferina en el adolescente: ¿sería conveniente adelantar la vacuna?

Serrano Lacouture EA, Pérez Sánchez-Cuadrado M (*MIR Medicina de Familia, C.S. Rondilla I, Valladolid*), Redondo Granado MJ (*Pediatra, Profesora Asociada de Pediatría, Universidad de Valladolid, CS Rondilla I, Valladolid*)

**Introducción.** Presentamos dos casos índices de tos ferina y otros tres probables casos en contactos familiares:

**Caso 1.** Niño de 13 años con calendario vacunal correcto para su generación (tres dosis de DTP de lactante), con accesos de tos y apnea de un mes de evolución. Se realiza serología a Bordetella pertussis que resulta negativa; tras persistir la tos se llevan a cabo diversos tratamientos sintomáticos y pruebas diagnósticas y se halla una seroconversión a B. pertussis IgG positiva, a los tres meses y medio de evolución, con título de 1/640. Se trató con macrólido con lenta mejoría. En el estudio familiar se detecta a cinco familiares con tos persistente; en tres de ellos (dos adultos y una hermana de 11 años correctamente vacunada con cinco dosis de DTPa) se realizó el diagnóstico de probable tos ferina con apoyo serológico (títulos 1/640) y fueron tratados. Varios compañeros de aula del caso índice tenían tos pero

no se pudo llevar a cabo el estudio por coincidir con el final de curso.

**Caso 2.** Niña de 10 años, correctamente vacunada con cinco dosis de DTPa, la última a los 6 años, presenta tos de un mes de evolución. Tras varios tratamientos sintomáticos y pruebas complementarias realizadas se obtienen unos títulos de IgM e IgG positivos contra *B. pertussis* de 1/160. Fue tratada con un macrólido con lenta desaparición de la tos. Se repite la serología en la fase de convalecencia (a los cuatro meses y medio de inicio del cuadro) y se encuentra un descenso de los títulos a 1/80. El estudio de un familiar con tos fue negativo. No se realizó estudio en la escuela por coincidir con el final de curso.

Ambos casos se comunicaron a la institución sanitaria de vigilancia epidemiológica regional pertinente.

**Discusión.** La tos ferina sigue siendo endémica en todo el mundo. Adquiere especial interés en adolescentes y adultos porque suele manifestarse con tos leve e inespecífica que a menudo no se llega a diagnosticar (tos ferina atenuada). Contribuye en gran medida a la diseminación de la enfermedad, incrementando la morbimortalidad de los lactantes que aún no han completado la pauta vacunal. Por esta razón es importante la búsqueda del diagnóstico de tos ferina en la tos persis-

tente en cualquier edad, así como el estudio epidemiológico en el entorno de los pacientes diagnosticados. El diagnóstico definitivo se hace mediante cultivo faríngeo, pero es muy poco sensible, o con PCR. La serología puede apoyar el diagnóstico clínico si se demuestra un título elevado, o mejor un ascenso de 2-4 veces durante la enfermedad o bien un descenso (entre 2-4 veces) en la convalecencia (seroconversión inversa o serorreversión).

Se está dedicando una importante cuantía de recursos médicos y de salud pública al tratamiento tras la exposición de los casos, los contactos y los brotes en adolescentes, con escasos beneficios para los individuos o para la epidemiología de la enfermedad. Se señala el hecho de que tanto el caso índice número 2 de 10 años de edad como la hermana de 11 años del caso número 1 han sido contagiados a pesar de las cinco dosis de toxoide recibidas según el calendario vigente y que aún no habían alcanzado la edad recomendada (14 años) para la dosis de recuerdo Tdpa. Una nueva estrategia vacunal planteada recientemente por la AAP propone una dosis de refuerzo a los 11-12 años, que podría aportar una protección directa a los adolescentes vacunados, un beneficio directo para los compañeros no vacunados y otros grupos de edad, además de tener una buena relación coste-beneficio.



## Evolución de la incidencia de la gripe en población pediátrica de Asturias.

### Temporadas 2004-05 y 2005-06

Aladro Antuña A (*CS Mieres Norte, Asturias*), Domínguez Aurrecoechea B (*CS Otero, Asturias*), Benito Martín MT (*CS de Sama de Langreo, Asturias*), Margolles Martins M (*Consejería de Salud, Asturias*), González-Posada I (*CS de Luarca, Asturias*), García Balbuena M (*CS El Llano, Asturias*)

**Objetivos.** Conocer la evolución de la gripe estimando la incidencia semanal desde octubre a mayo en los años 2004-05 y 2005-06, describir la distribución por edad, estado vacunal y caracterizar los virus circulantes.

**Métodos.** Estudio descriptivo de los casos de gripe atendidos por la Red de Médicos Centinela de Asturias (RMC) desde el 3/10/2004 al 21/05/2005 y del 1/10/2005 al 20/05/2006. Se describen la frecuencia de presentación clínica global y por tramos etarios, las características del cuadro clínico, su distribución temporal y su análisis virológico. La información fue recogida semanalmente según un formulario específico por los médicos pertenecientes a la RMC y los datos han sido procesados por la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

**Resultados.** El número total de casos comunicados en menores de 14 años ha sido de 338 en la temporada 2004-05 (t. 04-05) frente a 433 (28% más) en la temporada 2005-06 (t. 05-06). La tasa bruta acumulada fue de 3.589 casos/100.000 habitantes para la población infantil frente a 2.444 casos/100.000 habitantes para la población adulta en la t. 04-05 y de 6.686 para la población infantil frente a 2.164 para la población adulta en la t. 05-06, lo que supone respecto a las tasas un aumento del 86% en los niños y un descenso del 21% en los adultos. La presentación clínica fue similar en ambas temporadas.

Se realizó una toma de muestras faríngeas en el 8,6% en la t. 04-05 frente a un 10% en la t. 05-06. El pico gripal sucedió entre las semanas 2 y 3 en la t. 04-05 y entre la 9 y la 10 en la t. 05-06. El grupo de edad más afectado fue el de 0-4 años en la t. 04-05 y el de 5-9 años en la t. 05-06. De entre los casos pediátricos registrados, había recibido la vacuna antigripal un 3,3% (t. 04-05) frente a un 4,2% (t. 05-06).

Los virus detectados en las muestras pediátricas de la t. 04-05 fueron, en todos los casos, virus gripales A H3. De los 23 aislamientos de la t. 05-06, 10 correspondieron a influenza A H1 y 13 a influenza B. El comienzo de los aislamientos

de virus gripales dentro de la RMC ocurrió en el mes de diciembre (un poco antes que en el resto de España) y el máximo número de aislamiento fue en marzo (a la vez que el conjunto de España). Existió la habitual asincronía con el VSR.

**Conclusiones.** Con este estudio se evidencia la utilidad de la RMC para detectar y reconocer precozmente la epidemia, identificar la evolución del virus gripal en la comunidad estudiada e intercambiar información integrada sobre gripe a nivel nacional y europeo.

#### Comportamiento de las 25 patologías más frecuentemente diagnosticadas respecto a la edad y el sexo

Hernández Encinas A (*CS Natahoyo, Gijón*), Domínguez Aurrecochea B (*CS Otero, Oviedo*), Álvarez González V (*Oficina de Investigación Biosanitaria de SESPA*), Martín Rodríguez D (*Análisis y Programas SESPA*), García Mozo R (*CS Grado, Asturias*)

**Objetivos.** A partir de los datos de morbilidad de la pediatría de AP en Asturias, año 2003, calcular las tasas de los diagnósticos más frecuentes y describir el comportamiento de cada patología respecto a la edad y el sexo de la población atendida.

**Métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en la comunidad autó-

noma de Asturias de enero a diciembre de 2003. La población estudiada fueron los 88.463 menores de 14 años de una muestra aleatoria de pediatras de Atención Primaria. La fuente de información fue la historia clínica informatizada (OMI AP) y se obtuvieron datos de sexo, fecha de nacimiento, fecha de creación del episodio y código CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) asociado al episodio. Se calcularon las tasas de patologías más frecuentes ajustándolas a la población atendida por cada pediatra y se estudiaron los 25 diagnósticos en relación con el sexo y la edad de los niños atendidos.

**Resultados.** El número total de nuevos episodios CIAP (diagnósticos) generados fue de 91.414. Se utilizó un total de 516 códigos CIAP de los cuales 17 agruparon el 65,45% de episodios. Las tasas de los 25 diagnósticos más frecuentes van desde 99,07 para infección respiratoria de vías altas hasta 2,86 para picaduras de insectos.

La distribución de episodios creados respecto al sexo arroja un porcentaje de 47,7% de hombres y 52,3% de mujeres; asma: 60% de hombres y 39,9% de mujeres, las diferencias más evidentes tuvieron lugar durante el primer año de vida (10% de hombres y 5% de mujeres) y en la edad preescolar (22,1% de hombres y

14,2% de mujeres) y se igualaron en el tramo de 6 a 14 años (27,9% de hombres y 20,7% de mujeres); laringitis: 58,3% de hombres y 41,7% de mujeres; conjuntivitis: 58,9% de hombres y 41,1% de mujeres; herida incisa: 66,2% de hombres y 33,8% de mujeres; y contusiones: 57,1% de hombres y 42,9% de mujeres; en esta patología la diferencia se establece a expensas de los niños de 6 a 14 años (41% de hombres y 28,5% de mujeres).

Por tramos de edad, más de la mitad de los diagnósticos adquiere su máxima frecuencia en el grupo de 2 a 5 años. En el primer año de vida, la mayor frecuencia de los diagnósticos sólo está presente en bronquitis aguda, consulta sin enfermedad, problemas de alimentación y diarrea. En cuanto a los niños de 6 a 14 años, la patología más encontrada es asma: el 48,6% frente al 36,3% de preescolares y el 15,1% en los lactantes; gripe: 74,6% escolares, 21,6% preescolares y 3,8% lactantes; dolor abdominal: 72,2% escolares, 26,5% preescolares y 1,2% lactantes; contusión: 69,5% escolares, 20,6% preescolares y 9,9% lactantes; sinusitis: 69,4% escolares, 26,6% preescolares y 2,0% lactantes; herida: 44,9% escolares; 38,9% preescolares y 16,1% lactantes y otras enfermedades virales: 46,1% escolares, 37,7% preescolares y 16,1% lactantes.

**Conclusiones.** Un análisis pormenorizado de los datos reales de las consultas de Atención Primaria muestra cómo la frecuencia de los diferentes diagnósticos encontrados varía según la edad y/o el sexo. El trabajo informático y el registro de episodios codificados según la CIAP son una herramienta de gran ayuda para estudios de morbilidad en Atención Primaria.

#### **Evolución de la incidencia de diarreas y gastroenteritis en Asturias en los veranos de 2004 y 2005**

García Balbuena ML (*CS El Llano, Asturias*), Domínguez Aurrecochea B (*CS de Otero, Asturias*), Aladro Antuña A (*CS de Mieres, Asturias*), Benito Martín M (*CS de Sama de Langreo, Asturias*), González-Posada I (*CS de Luarca, Asturias*), Margolles Martins M (*Consejería de Sanidad, Asturias*)

**Objetivos.** Conocer la evolución entre los años 2004 y 2005 de la incidencia, la presentación y los diferentes factores asociados a los procesos diarreicos y gastroentéricos de Asturias.

**Métodos.** Estudio descriptivo de los casos de diarreas y gastroenteritis registrados por la Red de Médicos Centinela (RMC) de Asturias en los veranos de 2004 y 2005 (tres meses). Se recogieron

la frecuencia de presentación clínica, las tasas de incidencia, los agentes causales detectados en los períodos según el sexo, los grupos etarios y la evolución en el tiempo. La información se recogió semanalmente por los médicos pertenecientes a la RMC del Principado de Asturias y los datos fueron procesados por la Sección de Vigilancia Epidemiológica.

**Resultados.** Se declararon en 2004: 372 casos (tasa acumulada del período de 466,9 casos/100.000 habitantes) de los cuales 207 correspondían a menores de 14 años. En 2005: 246 casos (un 33% inferior a los casos declarados en el año previo) y una tasa acumulada de 291,1 casos por 100.000 habitantes (un 38% menos que en el año previo). El cuadro clínico de presentación fue en 2004 de diarrea (94%), dolor abdominal (69,3%), vómitos (51%) y fiebre (43%) y en 2005 de diarrea (96%), dolor abdominal (75,8%), vómitos (43,4%) y fiebre (40,4%). En ambos períodos estuvieron más afectados los niños, fundamentalmente, los de 1-4 años y los menores de 1 año en 2004.

**Antecedentes epidemiológicos.** En 2004 los procesos se asociaban a otro caso en un 24% y en un 21% en 2005;

en un 14% (2004) y un 9% (2005) había sospecha de estar implicado un alimento; en un 10% (2004) y un 6% (2005) se asociaron a un brote; en un 4% la sospecha recayó en un bar o restaurante para ambos períodos de estudio; en un 4% (2004) y un 1,5% (2005) en el consumo de agua sin higienizar y en un 3% (2004) y 4% (2005) la asistencia a guardería, colegio o campamento de verano.

En 2004 se analizaron muestras de heces en el 10,6% del total de casos; el rendimiento virológico fue del 32% con predominio de calicivirus (5), astrovirus (1), adenovirus (1) y rotavirus (1). En 2005 el rendimiento fue del 12% y se aislaron calicivirus (1), astrovirus (1), rotavirus (1) y adenovirus (2). Se detectaron, además, salmonellas entéricas (5) y *Campylobacter jejuni* (4).

**Conclusiones.** Se ha logrado una aproximación hacia el conocimiento de los patrones de presentación de los procesos diarreicos y gastroentéricos en Asturias (frecuencia, incidencia, distribución personal y temporal) así como de los agentes causales en los casos en que se realizó toma de muestras clínicas.

