

Noticario



REUNIÓN DE PRIMAVERA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS,
CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

Zamora, 8 y 9 de junio de 2001
Pediatría Basada en la Evidencia

Organiza

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha.
INSALUD. Zamora.

Inscripción y Secretaría Técnica

Secretaría del Servicio de Pediatría.
Hospital Virgen de la Concha.
Avd. Requejo 35; 49029 Zamora
Tfn. 980-548200 (Ext 333) Fax: 980-512838
E-mail: cochoas@meditex.es

Comunicaciones

Enviar antes del 8 de mayo de 2001 en formato escrito, junto copia del texto en disco (preferiblemente formato Microsoft Word) o por correo electrónico. Incluir título, autores, centro de trabajo, resumen estructurado (menos de 300 palabras). Indicar el autor responsable de la presentación oral (subrayado) y los medios audiovisuales requeridos.

Sede

Hotel "Convento I". Coreses (Zamora)

Alojamiento

Se prevé alta ocupación hotelera en esas fechas al coincidir con la Exposición "Las Edades del Hombre". Por ello se recomienda no demorar las reservas. Tramitar personalmente la reserva indicando la asistencia a la Reunión. La organización ha reservado habitaciones en los siguientes hoteles:

Hotel "Convento I"	980 500 422
Parador de Zamora	980 514 497
Hostería Real	980 534 545
Hotel II Infantas	980 509 898

PROGRAMA PROVISIONAL

Viernes 8 de junio

- 15:30 h** Recogida de documentación
16:00 h Sesiones de comunicaciones ***Salas A y B***
17:40 h Pausa-café
18:00 h Acto inaugural ***Sala A***
18:15 h Mesa redonda ***Sala A:***
"Pediatría Basada en la Evidencia"
1. Concepto y justificación.
Dr. Javier González de Dios
2. Estrategias de búsqueda de información.
Dr. José Cristóbal Buñuel Álvarez
3. Revisiones sistemáticas. Colaboración Cochrane.
Dr. Antonio Saenz Calvo
4. Evidencia científica relacionada con el asma.
Dr. Carlos A. Díaz Vázquez
22:00 h Cena de confraternidad
Hotel "Convento I". Coreses (Zamora)

Sábado 9 de junio

9:30 h Sesiones de comunicaciones **Salas A y B**

11:30 h Pausa-café

12:00 h Conferencia de clausura **Sala A:**

“Problemas de Conducta en la Infancia relacionados con Internet y Videojuegos (Ciberpatologías)”

Prof. Dr. José Argemí Renom

13:00h Clausura

Otras Actividades

- **Visita guiada a la Ciudad para acompañantes:**
Sábado 9 junio 11:00 horas
- **Recepción en el Ayuntamiento de Zamora**
Sábado 9 junio 13:30 horas
- **Visita a la Exposición “Las Edades del Hombre”:**
Sábado 9 junio 17:00 horas

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA

1. **Entidades organizadoras:** Sociedad de Pediatría de Cantabria, Asturias, Castilla y León (SCCALP) y Gerencias de Atención Primaria de las Áreas Sanitarias II (Cangas del Narcea), I (Jarrio) y III (Avilés).
2. **Destinatarios:** pediatras de atención primaria y hospitalarios de las Áreas Sanitarias I, II y III (hasta un máximo de 30 pediatras por curso).
3. **Fecha de celebración:** 17 a 19 de mayo de 2001.
4. **Lugar de celebración:** Salón de Actos de la Casa de Cultura de Tineo.
5. **Horario:** jueves de 16:00 a 20:30 horas, viernes de 9:30 a 17:30 horas y sábado de 9:30 a 14:00 horas.
6. **Módulos docentes.**
 - 6.1 El curso se compondrá de tres módulos docentes de duración variable (5 a 8 horas) cada uno de las cuales empleará en su desarrollo una jornada de trabajo. El

contenido de cada módulo será preferentemente de carácter monográfico, y en cada uno de ellos se abordarán tres o cuatro temas de especial interés por su aplicación en la práctica pediátrica. Cada materia será desarrollada por un experto durante 45 minutos (60 minutos como máximo) y se seguirá de un seminario práctico de 30-45 minutos de duración con el fin de facilitar la participación y el debate entre los asistentes, incluyendo la discusión de casos clínicos relacionados con el tema.

6.2 Contenido de los módulos (avance):

MÓDULO I: Oftalmología Pediátrica.

Ponentes:

Dr. Víctor Dosantos Bernardo. Oftalmólogo. Servicio de Oftalmología. Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea.

Dr. Crisanto Alonso Álvarez. Oftalmólogo.

Servicio de Oftalmología. Hospital Comarcal de Jarrio.

Temas:

- 1) Métodos de exploración en oftalmología pediátrica. Ametropías y estrabismo.
- 2) Dacriocistitis del recién nacido. Urgencias oftalmológicas en pediatría: el ojo rojo y traumatismos oculares en la edad pediátrica.
- 3) Patología del fondo de ojo en la edad pediátrica. Criterios de derivación oftalmológica en pediatría.

MÓDULO II: Gastroenterología Infantil.

Ponentes:

Dr. Carlos Bousoño García. Pediatra. Unidad de Gastroenterología Infantil. Hospital Central de Asturias.

Dr. Eduardo Ramos Polo. Pediatra, Unidad de Gastroenterología Infantil. Hospital Central de Asturias.

Temas:

- 1) Fallo de medro.
- 2) Reflujo gastroesofágico.
- 3) Diarrea prolongada.
- 4) Dolor abdominal recurrente.

MÓDULO III: Lactancia Materna.

Ponentes:

Dra. Isolina Riaño Galán. Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea.

Dr. Andrés Meana Meana. Pediatra. Centro de Salud de La Calzada.

Dña. Zulima Palencia González. Matrona. Hospital Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea.

Temas:

- 1) Recomendaciones para una lactancia materna satisfactoria.
- 2) Problemas habituales durante el desarrollo de la lactancia materna.
- 3) Técnicas de apoyo y confianza a la madre lactante.

7. Financiación:

7.1 Los pediatras asistentes al curso lo harán previa autorización de la dirección del área y serán sustituidos en los casos en los que su actividad laboral no pueda ser asumida por sus compañeros de equipo no asistentes al curso.

7.2 La asignación económica de cada módulo será de setenta y cinco mil pesetas (75.000 pts) destinadas íntegramente a la retribución de los honorarios de los docentes invitados, más los gastos derivados del desplazamiento de los mismos, siendo este montante asumido por la Gerencia de atención primaria organizadora del curso.

7.3 El curso no tendrá coste alguno para los pediatras participantes en el mismo.

8. Acreditación

8.2 El Curso de Formación Continuada podrá ser reconocido oficialmente por el INSALUD, siendo susceptible de ser computado en los baremos de las Instituciones Sanitarias organizadoras para la selección y promoción de su personal facultativo.

8.3 La asistencia al Curso de Formación Continuada será acreditada por la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León, y el INSALUD a través de la Gerencia de Atención Primaria del Área II.

9. Evaluación:

9.1 Al finalizar el curso se realizará una encuesta de satisfacción cuyos resultados serán puestos a disposición de las entidades organizadoras.

9.2 Se realizará una memoria final del Curso de Formación Continuada que será asimismo puesta a disposición de las entidades organizadoras.

AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA FUNDACIÓN ERNESTO SÁNCHEZ VILLARES 1999-2000

LA EPILEPSIA: UN MODELO DEL IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL
Ana María Argumosa Gutiérrez y José Luis Herranz
Servicio de Neuropediatría del Hospital Universitario M. de Valdecilla. Santander.

Justificación

Las enfermedades más prevalentes generan un gasto importante y conocer la repercusión económica de cada enfermedad puede ayudar a distribuir unos recursos sanitarios limitados. En el caso de la epilepsia, no existen actualmente estudios que valoren su coste en España.

En los últimos años se han creado nuevos fármacos que pueden ser una alternativa eficaz para pacientes con epilepsia resistente a los tratamientos clásicos. Sin embargo su elevado coste es una de las razones por las que se consideran como fármacos de segunda elección.

Metodología

Estudio del **coste de la prevalencia de la epilepsia infantil en España**: los cuestionarios enviados por neuropediatras españoles, con datos referentes a los últimos 12 meses de evolución de niños menores de 14 años diagnosticados de epilepsia controlada (sin crisis en los últimos 12 meses) y de epilepsia mal controlada (con más de 12 crisis en el último año), permitirán calcular los costes directos médicos (consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos), los costes directos no médicos (fisioterapia, rehabilitación) y los costes indirectos (horas laborables perdidas por los familiares) generados por la enfermedad. Adicionalmente se calculará el coste de la prevalencia de la epilepsia infantil en España.

Estudio **coste-efectividad de los nuevos fármacos antiepilépticos**: Mediante la evaluación de sus costes y efectos se realizará un análisis comparativo de estos fármacos entre sí (vigabatrina, topiramato, tiagabina, gabapentina y lamotrigina) y con los antiepilépticos clásicos (fenobarbital, carbamazepina, valproato, fenitoína, clonazepam). Se inclui-

rán pacientes menores de 14 años con epilepsia refractaria a los fármacos clásicos y controlados en el Servicio de Neuropediatría del H. Universitario M. Valdecilla. Los costes generados durante un año desde la introducción del fármaco evaluado se computarán siguiendo la misma metodología que en el estudio anterior. Como unidad de efecto se utilizará el porcentaje de reducción en la frecuencia de las crisis. Se calculará la eficiencia de cada alternativa y se realizará un análisis incremental entre las diferentes opciones.

PERFIL DEL ADOLESCENTE CÁNTABRO EN EL AÑO 2000. HACIA UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA

H. Paniagua Repetto, G. Castellano Barca, S. García Calatayud, R. Sarrallé Serrano, C. Redondo Figuero.
Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria

La adolescencia es una etapa de la vida en que la morbimortalidad es el resultado, fundamentalmente, de conductas de riesgo, iniciándose éstas a edades cada vez más tempranas.

Diversos estudios demuestran que los adolescentes tienen un contacto cada vez más precoz con el tabaco, alcohol y drogas no legales. Es un grupo que demanda poca asistencia médica y difícil de captar para hacer actuaciones preventivas, siendo la organización sanitaria deficitaria en estos aspectos.

En los últimos años se ha producido un cambio en el concepto de ocio y tiempo libre entre los jóvenes, lo que unido a desajustes afectivos, familiares y sociales, aumenta la labilidad en esta etapa de la vida.

Se han realizado estudios en Cantabria sobre esta problemática, desde un punto de vista pedagógico y sociológico. Un enfoque sanitario permitiría conocer el perfil de los adolescentes cántabros entre los 12 y 16 años. El conocimiento de la realidad de estos jóvenes daría lugar a planificar acciones preventivas, conjuntamente con la familia y estamentos educativos y sociales, intentando corregir y minimizar las conductas de riesgo en estas edades.

Objetivo principal

Conocer la edad de contacto de los adolescentes con el alcohol, tabaco y drogas no legales y analizar su consumo.

Objetivos secundarios

Investigar los siguientes aspectos entre los adolescentes:

- Uso del tiempo libre y ocio.
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.
- Desórdenes afectivos y familiares.
- Desórdenes sociales, agresividad y violencia.
- Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia.
- Trastornos del aprendizaje.

VALORACIÓN DEL HÁBITO TELEVISIVO Y LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA EN LOS NIÑOS DE CANTABRIA

A. Bercedo Sanz, L. Capa García, C. Redondo Figuero, M. González-Alciturri Casanueva.
Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria.

Objetivos

1) Conocer los hábitos televisivos de los niños de Cantabria y la influencia en su salud y desarrollo. 2) Valorar las alteraciones de conducta en los niños mediante cuestionario sobre conducta infantil de Eyberg.

Material y métodos

Encuesta transversal realizada a los padres de 796 niños de 2 a 13 años de Cantabria, mediante la participación de 47 pediatras de atención primaria, que incluía la versión española del cuestionario Eyberg para el cribado de las alteraciones de conducta en los niños. Se ha utilizado para el análisis estadístico la prueba de ji-cuadrado, Mann-Whitney y test de Kruskal-Wallis.

Resultados:

Los niños y niñas pequeños (2-5 años) ven 9 horas/sem. de TV, los medianos (6-9 años) 12,5 horas/sem, y los mayores (10-13 años) 14,6 horas/sem. Un 19 % de las familias tienen 3 o más televisores en su casa. Las niñas mayores son las que más ordenadores presentan en su habitación (20 % versus 9% en los niños de la misma edad), al contrario de lo que ocurre con la videoconsola en la que más niños (22 %) que niñas (12 %) tienen videoconsola. El 27 % de los niños ven la TV solos y el 29% la ven mientras desayunan, el 36 % mientras comen y cenan. Un 58 % de los niños nunca comen golo-

sinas viendo la TV, y sólo un 1% las comen habitualmente. Los niños obesos y los que presentan una enfermedad crónica ven 4,5 y 3 horas/sem más de TV, respectivamente, que los que están sanos. Asimismo, se observó un mayor consumo televisivo (2,85 horas/sem más) en los niños con peor rendimiento escolar ($p < 0,001$). Un 17,2 % de los niños de Cantabria de 2 a 13 años presentan anomalías de conducta, siendo similar por grupos de edad y sexo, excepto en las niñas mayores (10-13 años) que son las que menos trastornos de conducta tienen ($< 0,011$). La conducta más frecuentemente referida fue "le cuesta estar quieto un momento" (25,6%) y la que menos "pega a los padres" (0,4%). Se asoció una menor frecuencia de alteraciones de conducta al tener menos edad, al ser niña, al nivel de formación mayor de los padres y al haber comenzado a ver la televisión más tardíamente; mientras que se asoció con una mayor frecuencia de conductas alteradas, el mayor número de horas dedicadas a ver televisión.

Conclusiones

1) Los pediatras debemos realizar educación sanitaria respecto al consumo televisivo, limitándolo a menos de 2 horas/día. Los padres deben ver la TV con sus hijos, comentando los programas y enseñándoles a ser críticos. Hay que evitar la presencia de televisión en la habitación de los niños y no debe ser usada la televisión como niñera. 2) El cuestionario Eyberg es un instrumento muy útil para la detección precoz de los trastornos de conducta en los niños por lo que consideramos que debe ser incorporado en los controles de salud que realiza el pediatra de atención primaria.

VALORACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS Y RADIOLÓGICOS COMO PREDICTORES DE LESIÓN CEREBRAL EN NEONATOS ASFÍCTICOS

E. Álvaro Iglesias, L.M. Rodríguez Fernández, S. Lapeña López de Armentia, F. Fernández Calvo, M.T. Palau Benvides, J.L. San Martín Sastre, R. Martínez Concejo*, L. Martínez Blanco **, J.M. García Ruiz de Morales *
*Servicio de Neonatología . *S. de Laboratorio. ** Servicio de Radiología. Hospital de León.*

Objetivos

Determinar la utilidad predictiva de lesión cerebral de enolasa específica de neurona (EEN) y óxido nítrico (NO) en

LCT, N-acetil-glucosamina (NAG) y 2-microglobulina (BMG) en orina, ecografía cerebral Doppler color en arteria cerebral media y pericallosa, en el neonato asfíctico.

Pacientes y métodos

Neonatos nacidos en nuestro hospital que presenten test de Apgar inferior a 5 al minuto o a 6 a los 5 minutos de vida y que precisen maniobras de reanimación. En todos ellos se realizó a las 72 horas de vida: valoración clínica y neurológica (grado de encefalopatía hipóxico-isquémica), determinación de EEN y NO en LCR, NAG y BMG en orina, ecografía cerebral Doppler color en arteria cerebral media y pericallosa. Seguimiento durante al menos 1 año para valoración de desarrollo psicomotor (test de Denver y test de Brunet-Lezine).

Resultados

Forman parte de nuestra serie un total de 21 recién nacidos con asfixia al nacer: 15 varones y 6 mujeres, con edad gestacional de $38,6 \pm 7$ semanas y peso al nacer: 3100 ± 830 g. A las 72 horas de vida la exploración neurológica fue normal en 15 casos (71%), presentando encefalopatía grado 1: 5 (24%) y grado 2: 1 (5%). Han completado 12 meses de seguimiento 8 pacientes, presentando 1 sólo retraso psicomotor.

Obtenemos valores de EEN en LCR : $13,5 \pm 9,3$ ng/ml, de NO en LCR: $6,8 \pm 3,4$ M/ml, sin correlación estadísticamente significativa entre ambas. Los valores medios en orina de NAG son de $19,2 \pm 21,6$ U/l y de BMG: $2,8 \pm 1,7$ g/dl, con relación estadísticamente significativa ($r = 0,82$ y $P < 0,001$). La ecografía cerebral fue normal en todos los casos, presentando resistencia normales tanto en arteria cerebral media con pericallosa en 14 casos (66%) y baja en 3 (14%), con relación estadísticamente significativa ($r = 0,53$ y $P < 0,05$).

Al comparar los 15 casos del grupo sin EHI a las 72 horas, con los 6 neonatos que presentan algún tipo de EHI, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, edad de gestación, peso al nacimiento, EEN y NO en LCR, NAG y BMG en orina o ecografía. Los puntos de corte con los que obtenemos valores de sensibilidad y especificidad más altos son: 30 ng/ml para EEN, 10 M/ml para NO, 20 U/l para NAG y 20 g/dl para BMG, con valores de sensibilidad: 17%, 33%, 60%, 60% y de especificidad: 100%, 83%, 86%, 86% respectivamente.

Conclusiones

Presentan a las 72 horas de vida algún grado de encefalopatía hipóxico-isquémica 6/21 de los neonatos asfícticos (29%). Han completado 12 meses de seguimiento 8 pacientes con sólo 1 caso de retraso psicomotor (12%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las variables analizadas y la presencia de encefalopatía hipóxico-isquémica. Es preciso completar el seguimiento de 12 meses para valorar mejor el desarrollo psicomotor del neonato asfíctico, y poder analizar el papel que las variables anteriores tienen como marcadores de daño neurológico.

RESPUESTA DE ESTRÉS EN EL NIÑO CRÍTICO

A. Concha Torre, A. Medina Villanueva, S. Menéndez Cuervo, A. Enguix Armada*, M.A. Diéguez Junquera.**
*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central de Asturias. * Servicio de Bioquímica. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. ** Servicio de Inmunología. Hospital Central de Asturias.*

Objetivos

1) Estudiar la respuesta de estrés en pacientes pediátricos con infección meningocócica y politraumatismo. 2) Relacionar la intensidad de la respuesta y la severidad del cuadro.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo, observacional, de pacientes con infección meningocócica (43) o politraumatismo (22). Al ingreso determinaron: adrenalina, noradrenalina, dopamina, cortisol, insulina, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina, IL1, IL6 y TNF. La gravedad de los pacientes se valoró mediante el PRISM, TISS, clasificación de Hayden (infección) y PTS (politraumatismo). Todas las variables se relacionaron con la evolución final: favorable o desfavorable (secuelas o exitus).

Resultados

Infección meningocócica

Fueron significativas las diferencias por evolución final y clasificación de Hayden en la mayoría de los parámetros (excepto TNF cortisol, insulina y PCR). Destacaron las correlaciones de IL6, IL1, catecolaminas y procalcitonina con las

escalas de gravedad. Los pacientes con meningitis tuvieron menor gravedad y necesitaron menos inotrópicos.

Politraumatismo

No fueron significativas las diferencias del cortisol, catecolaminas, citoquinas, procalcitonina y PCR respecto a la evolución final y no hubo correlación con escalas de gravedad.

Estudio comparativo

Los pacientes infecciosos tuvieron mayores niveles de catecolaminas, IL6, cortisol, procalcitonina y PCR y **menores de insulina que los politraumatismos, tanto en aquellos más graves como en los menos graves (regresión logística).**

Conclusiones

1. Los pacientes infecciosos tuvieron diferente comportamiento en la respuesta a estrés según su gravedad o evolución final. 2. El cortisol y la PCR, a pesar de elevarse en todos los pacientes infecciosos, no discriminaron su gravedad. 3. La respuesta en politraumatismo fue independiente del resultado final. 4. Los politraumatismos una las infecciones tuvieron una respuesta de estrés significativamente diferente para un mismo nivel de gravedad. 5. La IL6 fue la única citoquina que se relacionó con la evolución final del paciente.

IV CURSO DE EXCELENCIA

“ACTUALIZACIÓN EN NEFROUROLOGÍA INFANTIL Y MEDICINA DEL ADOLESCENTE”

Santander, 30 y 31 de Marzo de 2001

Sede: Sala de Grados. Facultad de Medicina
Avda. Cardenal Herrera Oria s/n. Santander.
Organiza: Fundación Ernesto Sánchez Villares. Dpto. de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad de Cantabria.
Dirección: Miguel García Fuentes
Domingo González Lamuño
Secretaría: Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Avda. Cardenal Herrera Oria s/n. 39011 Santander
Tel. 942 201970. Fax 942 201991

Programa

Viernes, 30 de Marzo

- 15,30 h.: Recogida de documentación
16,00 h. **Presentación del curso:**
Manuel Crespo Hernández, Presidente de la
Fundación "Ernesto Sánchez Villares".

NEFROUROLOGÍA INFANTIL

Mesa Redonda:

Actualización en nefrourología infantil.

Moderador: *Miguel García Fuentes*

Aspectos actuales en la patogenia de la enuresis.

Domingo González Lamuño

Avances en la Cirugía Urológica Pediátrica

Ernesto de Diego García

Conducta a seguir ante el diagnóstico perinatal de la dilatación de las vías urinarias.

Felix Sandoval González

- 18,00 h. Pausa-café
18,30 h. **Hipertensión arterial en Pediatría.**
Serafín Málaga Guerrero
19,30 h. **Hematuria y proteinuria en los niños.**
Juan Rodríguez Soriano

Sábado, 31 de Marzo

MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Moderador: *Manuel Crespo Hernández*

- 9,30 h. **Nuevas estrategias en la atención al adolescente**
Germán Castellano Barca
10,30 h. **Problemas asociados a la actividad sexual del adolescente**
Félix López Sánchez
11,30 h. Pausa-café
12,00 h. **"Tribus" urbanas**
Gabriel Galdó Muñoz
13,00 h. **Abuso sexual del niño y del adolescente**
Felix López Sánchez
14,00 h. **Clausura y entrega de diplomas**

PREMIO XIV MEMORIAL G. ARCE - E. SÁNCHEZ VILLARES DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Patrocinado por Nestlé

El Comité Organizador del Memorial Guillermo Arce-Ernesto Sánchez Villares con el propósito de promover el conocimiento de la vida de estos insignes Maestros de la Pediatría española entre las nuevas generaciones de pediatras, convoca el Premio "XIV Memorial G. Arce-E.Sánchez Villares" dotado con Diploma y 75.000 pesetas.

1. El importe de la dotación única e indivisible establecida al trabajo ganador es de 75.000 Ptas., una vez deducida la correspondiente retención a cuenta del IRPF que será ingresada en la Hacienda Pública de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1841/1991 de 30 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
2. Para concursar es necesario ser Médico Residente de Pediatría y sus Áreas específicas de cualquiera de las Unidades Docentes acreditadas para la formación MIR en Asturias, Cantabria y Castilla y León o haber concluido su formación en las mismas después del 1 de enero de 1997.
3. Los trabajos que se presenten necesariamente han de versar sobre los profesores Arce y/o Sánchez Villares en cualquier aspecto de su biografía, publicaciones científicas, labor asistencial, investigadora o docente o repercusión en la Pediatría nacional o ámbito de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León, siendo condición indispensable que sean originales y que no hayan sido publicados.
4. Los trabajos tendrán extensión máxima de 15 folios din A4, mecanografiados a doble espacio, sujetos a la forma de presentación clásica de un trabajo científico.
5. La fecha tope de entrega será el 5 de septiembre del 2001 y el fallo del Jurado se emitirá en el XIV Memorial a celebrar en Valladolid los días 16 y 17 de noviembre.
6. Los trabajos se recibirán en la Secretaría Científica del Comité organizador del XIV Memorial, a la que se enviarán de forma anónima y, para ello, en un sobre y bajo lema se mandarían 3 originales. En un segundo sobre cerrado se hará constar por fuera el lema y en el interior figurará el lema, el nombre y la dirección del autor o

autores. Para información y envío de los trabajos se fija la Secretaría Científica del Comité organizador en: Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.

7. El Tribunal que juzgue el premio constará de 3 miembros designados por el Comité organizador del XIV Memorial.
8. El trabajo premiado podrá ser publicado en el *Boletín de Pediatría*.
9. El premio puede quedar desierto. Los trabajos no premiados podrán ser retirados dentro de los 30 días siguientes a la entrega del premio.
10. Los participantes, al entregar sus trabajos, aceptan de antemano las bases establecidas. Cualquier duda en la interpretación de estas bases o incidencias surgidas que no estén previstas en estas normas serán resueltas por el Tribunal si hubiera sido nombrado y, en su defecto, por el Comité Organizador del XIV Memorial.
11. La entrega del premio se realizará coincidiendo con el XIV Memorial G. Arce y E. Sánchez Villares.

Normas de publicación

El **Boletín de Pediatría** tiene como finalidad la publicación y divulgación de trabajos relacionados con la patología médica y quirúrgica del niño y del adolescente, así como de cualquier aspecto relacionado con su salud y con su calidad de vida. El Boletín de Pediatría es el órgano de expresión de las actividades científicas, profesionales y sociales de la **Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León**.

CONTENIDO

- El Boletín de Pediatría consta de las siguientes secciones:
- **Originales:** Trabajos de investigación clínica o básica, efectuados con un diseño analítico de encuestas transversales, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. El número de citas no debe ser superior a 40 y el de figuras y/o tablas no debe exceder conjuntamente de 8. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 6.
 - **Casos Clínicos:** Descripción de uno o, preferentemente, de varios casos clínicos de especial interés, cuya observación suponga una aportación al conocimiento de la enfermedad. El número de palabras no debe ser superior a 1.500, el de citas bibliográficas a 20 y el de figuras y/o tablas no debe exceder conjuntamente de 4. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 5.
 - **Cartas al Director:** Discusión en relación con trabajos publicados recientemente en el Boletín de Pediatría con opiniones, observaciones o experiencias que, por sus características, puedan resumirse en un texto que no supere 750 palabras, 10 citas bibliográficas y 1 tabla o figura. El número de firmantes no debe ser superior a 4.
 - **Revisiones:** Revisión de algún tema de actualidad que no esté abordado de esa manera en libros o monografías de uso habitual. La extensión del texto no debe superar las 3.000 palabras.
 - **Otras secciones:** El Boletín de Pediatría tiene también otras secciones, como Editoriales, Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos, Informes Técnicos, Formación Continuada, Conferencias y Artículos Especiales, que son encargados por el Comité de Redacción del Boletín. Los autores que deseen colaborar espontáneamente con estas Secciones deben consultar previamente con la Dirección del Boletín.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser inéditos y no estar sometidos simultáneamente a proceso de evaluación o aceptación en otras revistas. En el caso de que se hayan publicado de forma parcial, por ejemplo como resúmenes, deberá indicarse en el texto. Los autores son los responsables de obtener los permisos para la reproducción de textos, tablas o figuras de otras publicaciones, permisos que deben obtenerse de los autores y de los editores de las mismas.

Los trabajos se presentarán en formato DIN A4, a doble espacio y con márgenes no inferiores a 2,5 cm, ordenados en páginas separadas del siguiente modo: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas, figuras, pies de tablas y/o de figuras. Todas las páginas deberán numerarse de manera correlativa en las esquinas superior o inferior derechas, comenzando por la Página titular.

1. Página Titular

Debe contener los datos siguientes:

- Título del trabajo.
- Lista de autores (nombre y uno o dos apellidos), con el mismo orden que deben aparecer en la publicación.
- Departamento/s o Institución/es en donde se ha/n realizado el trabajo.
- Nombre, dirección postal, teléfono y dirección de correo electrónico de la persona a la que debe dirigirse la correspondencia.
- Si el trabajo ha sido financiado debe indicarse el origen y numeración de dicha financiación.
- Fecha de envío.

2. Resumen y palabras clave

El **Resumen** es uno de los apartados más importantes del manuscrito, porque a través de él se obtiene la información básica del estudio en los índices bibliográficos. Su extensión no debe ser superior a 250 ni inferior a 150 palabras, estructurándose un esquema similar al del manuscrito: los Originales con introducción y objetivos, material o pacientes y métodos, resultados, y conclusiones; las Notas Clínicas con introducción, caso/s clínico/s y conclusiones; y las Revisiones con objetivo, desarrollo, conclusiones

Al final de la página en que figure el Resumen deben incluirse de 3 a 8 **Palabras Clave**, ordenadas alfabéticamente y relacionadas con el contenido del trabajo, siendo aconsejable el empleo de términos que coincidan con descriptores listados en el *Medical Subject Headings* de *Index Medicus*.

3. Título, Resumen y Palabras Clave en inglés

Debe incluirse una correcta traducción al inglés del título, resumen y palabras clave. Esta traducción podrá ser elaborada por la redacción del Boletín.

4. Texto

Se recomienda la redacción del texto en impersonal y con muy pocas abreviaturas que, en su caso, deben adaptarse a las empleadas internacionalmente, definiéndolas en el momento en que aparecen por primera vez en el texto. No deben incluirse abreviaturas en el Título ni en el Resumen. Cuando se empleen más de 3 abreviaturas, deberán describirse conjunta y específicamente en una Tabla.

Las recomendaciones para los distintos apartados del texto son las siguientes:

- **Introducción:** debe ser breve, con la información imprescindible para que el lector comprenda el texto posterior, sin pretender la revisión exhaustiva del problema y sin contener tablas ni figuras. En el último párrafo se deben indicar de manera clara el o los objetivos del trabajo.
- **Material o Pacientes y métodos:** debe describir claramente los criterios de selección del material o de los pacientes del estudio, el diseño del mismo y las técnicas utilizadas, con detalles suficientes para que puedan reproducirse estudios similares, refiriendo con detalle los métodos estadísticos y el poder de significación. Cuando proceda, se mencionará la obtención de consentimiento informado y la aprobación del estudio por el "Comité Ético de Investigación Clínica" de las instituciones donde se han realizado.
Las referencias a fármacos deben hacerse mediante sus nombres genéricos. Las unidades de parámetros parclínicos y de laboratorio deben ajustarse a las normas internacionales.
- **Resultados:** deben describirse únicamente los datos más relevantes, sin interpretarlos y sin repetirlos en el texto cuando ya se han referido en las tablas o en las figuras.
- **Discusión:** Se deben exponer las opiniones personales de los autores sobre el tema, destacando: 1) el significado y la aplicación práctica de los resultados obtenidos; 2) las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las que pueden ser válidos los resultados; la relación con publicaciones similares y su comparación con aspectos concordantes y discordantes; y 4) las indicaciones y directrices para futu-

ras investigaciones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema, así como reiterar conceptos que hayan sido expuestos en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo ni se deben extraer conclusiones que no estén basadas en los resultados obtenidos.

5. Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser numeradas por el orden de aparición en el texto, en donde se referirán entre paréntesis. La referencia de artículos de revista se hará así: autores (empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separando cada autor por una coma), el título completo del artículo en el idioma original, el nombre abreviado de la revista (las indicadas en *List of Journals Indexed del Index Medicus*, , año de aparición, volumen, primera página y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean 6 o menos; cuando sean 7 o más se citarán los 6 primeros añadiendo después "et al". Un estilo similar se empleará para las citas de libros. Ejemplos:

- *Artículos en revistas:* Ruiz M, Coll MJ, Pampols T, Giros M. X-linked adrenoleukodystrophy: Phenotype distribution and expression in spanish kindreds. *Am J Med Genet* 1998; 76: 424-426.

- *Autor corporativo:* Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl. 7): 8-96.

- *Libro completo:* Fejerman N, Fernández-Alvarez E. *Neurología pediátrica*. Segunda edición. Buenos Aires: Panamericana; 1997.

- *Capítulo de libro:* Casado Flores J, Serrano A. Coma por traumatismo craneoencefálico en la infancia. En: Casado Flores J, Serrano A (eds). *Coma en pediatría*. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 129-136.

La bibliografía debe estar actualizada, siendo recomendable la citación de trabajos publicados en castellano que sean considerados relevantes para los autores. No deben incluirse en la bibliografía citaciones del estilo de "comunicación personal", "en preparación", o "en prensa".

6. Tablas

Deben ser numeradas en *caracteres romanos* por orden de aparición en el texto. No sobrepasarán el tamaño de un folio y se remitirán en hojas separadas. Si se utilizan abreviaturas, deberán explicarse en la leyenda correspondiente. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará la técnica empleada y el nivel de significación. Debe evitarse la presentación de los mismos datos en texto, tablas y figuras.