



VOL. XLV ■ N° 191 ■ 1/2005

Boletín de Pediatria



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS,
CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría

ergon

Boletín de Pediatria

VOL. XLV ■ Nº 191 ■ 1/2005

e-revist@s

<http://www.sccalp.org/boletin.htm>



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría



Incluido en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

PRESIDENTE:

Venancio Martínez Suárez

VICEPRESIDENTE POR CANTABRIA:

Santiago Montequi Nogués

VICEPRESIDENTE POR CASTILLA Y LEÓN:

Félix Lorente Toledano

SECRETARIO:

Julián Rodríguez Suárez

TESORERA:

Belén Fernández Colomer

PRESIDENTE DEL PATRONATO DE LA

FUNDACIÓN ERNESTO SÁNCHEZ VILLARES:

Alfredo Blanco Quirós

DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Luis Miguel Rodríguez Fernández

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:

David Pérez Solís

VOCALES:

SECCIÓN HOSPITALARIA:

Andrés Concha Torre

ATENCIÓN PRIMARIA:

Flor Ángel Ordóñez Álvarez

CIRUGÍA PEDIÁTRICA:

José Antonio Álvarez Zapico

ASTURIAS:

Belén Aguirrezabalaga González

ÁVILA:

Antonio Martín Sanz

BURGOS:

Miriam Mata Jorge

CANTABRIA:

Juan Carlos Santos Sánchez

LEÓN:

Leticia Castañón López

PALENCIA:

Susana Alberola López

SALAMANCA:

Dorotea Fernández Álvarez

SEGOVIA:

Santiago Calleja López

VALLADOLID:

Juan Carlos Silva Rico

ZAMORA:

Víctor Marugán Isabel

RESIDENTES:

ASTURIAS:

Santiago Jiménez Treviño

CANTABRIA:

Lucía Díaz de Entresotos

CASTILLA-LEÓN:

Alfonso Rodríguez Albarrán

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

DIRECTOR FUNDADOR:

Ernesto Sánchez Villares[†]

DIRECTOR:

Luis Miguel Rodríguez Fernández

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Elena Burón (*Neonatología*)

Germán Castellano (*Medicina Pediátrica
y de la Adolescencia*)

Enrique García (*Investigación Básica*)

Santiago Lapeña (*Pediatría e Internet*)

Carlos Ochoa Sangrador (*Pediatría Basada
en la Evidencia*)

David Peláez Mata (*Cirugía Pediátrica*)

Marta Sánchez Jacob (*Pediatría Social*)

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Servicio de Pediatría. Hospital de León

Altos de Nava, s/n

24071 León

Tel.: 987 234 900 Ext.: 2252

e-mail: boletin@sccalp.org

EDICIÓN Y PUBLICIDAD

EDICIONES ERGON, SA.

C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

Tel. (91) 636 29 30. Fax (91) 636 29 31

e-mail: estudio@ergon.es

<http://www.ergon.es>

Soporte Válido. Ref. SVR nº 23

ISSN: 0214-2597

Depósito legal: S-74-1960



Sumario

EDITORIAL

- 1 Publicaciones en el Boletín de Pediatría
L.M. Rodríguez Fernández

REVISIÓN

- 3 El abuso sexual infantil
C. Redondo Figuero, M.R. Ortiz Otero

ORIGINALES

- 17 Hábitos de sueño en la revisión del niño sano
A. Suárez Rodríguez, B. Robles García
- 23 Nefropatía por reflujo. Estudio de 15 años
M.C. Saura Hernández, M. Morell Contreras, J. Florín Yrabién, Y. Díaz Calderín, D.P. Durán Casal, G. González Ojeda, N. Campañá Cobas

CASOS CLÍNICOS

- 29 Osteoesclerosis múltiples y simétricas: osteopoiquilia
A.M. Argumosa Gutiérrez, R. Sarrallé Serrano
- 33 Torsión aislada de la trompa de Falopio en una niña premenárquica
I. Ledesma Benítez, L. Castañón López, R. Álvarez Ramos, B. Herrero Mendoza, V. Orille Núñez

PEDIATRÍA E INTERNET

- 37 Pasado, presente y futuro de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León en Internet
D. Pérez Solís

HACE 25 AÑOS

- 43 Estenosis hipertrófica de píloro y macrosomía relativa al nacimiento. Estudio estadístico de 88 casos
J. Fernández Toral, F. Álvarez Berciano, J. Barreiro, C. Bousoño, M.R. Llorian

46 CRÍTICA DE LIBROS

47 JUBILACIÓN DEL DR. PEDRO CUADRADO

49 COMUNICACIÓN PREMIADA XVII MEMORIAL GUILLERMO ARCE Y ERNESTO SÁNCHEZ-VILLARES

51 NOTICARIO

Summary

EDITORIAL

- 1 Publications in the Pediatrics Bulletin
L.M. Rodríguez Fernández

REVIEW

- 3 Sexual abuse of child
C. Redondo Figuero, M.R. Ortiz Otero

ORIGINAL ARTICLES

- 17 Sleep habits in children's revision
A. Suárez Rodríguez, B. Robles García
- 23 Reflux nephropathy. 15 year study
M.C. Saura Hernández, M. Morell Contreras, J. Florín Yrabién, Y. Díaz Calderín, D.P. Durán Casal, G. González Ojeda, N. Campañá Cobas

CLINICAL CASES

- 29 Multiple and symmetric osteosclerosis: osteopoikilosis
A.M. Argumosa Gutiérrez, R. Sarrallé Serrano
- 33 Isolated Fallopiian tube torsion in a pre-menarche girl
I. Ledesma Benítez, L. Castañón López, R. Álvarez Ramos, B. Herrero Mendoza, V. Orille Núñez

PEDIATRICS AND INTERNET

- 37 Past, present and future of the SCCALP in the Internet
D. Pérez Solís

25 YEARS AGO

- 43 Hypertrophic pyloric stenosis and macrosomia regarding birth. Statistical study of 88 cases
J. Fernández Toral, F. Álvarez Berciano, J. Barreiro, C. Bousoño, M.R. Llorian

- 46 **BOOKS**

- 47 **RETIREMENT OF DR. PEDRO CUADRADO**

- 49 **AWARDED COMMUNICATION XVII MEMORIAL GUILLERMO ARCE AND ERNESTO SÁNCHEZ-VILLARES**

- 51 **NEWS**

Editorial

Publicaciones en el Boletín de Pediatría

L.M. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

Director del Boletín de Pediatría

Como ya se citaba en Historia del "Boletín de Pediatría", artículo publicado por los Drs. Marugán y Alberola⁽¹⁾, el Prof. Manuel Crespo afirmaba, por el año 1983 en el editorial del número 107 de nuestra revista que, "si prescindieramos de la lectura de este Boletín, no entenderíamos el desarrollo de nuestra pediatría". Esto es fácil de comprender para todos los que estamos unidos por el *hilo rojo* de nuestra pertenencia a la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP), como nos recordaba el Dr. Venancio Martínez en un reciente editorial⁽²⁾. Pero además, y así lo sugería el Dr. Sánchez Villares hace 20 años⁽³⁾, el Boletín de Pediatría es el vehículo con el que se define nuestra identidad de grupo ante el resto de los pediatras de nuestro país y, en alguna medida, de fuera de él.

Pero la supervivencia de aquel Boletín de la Sociedad Castellano-Leonesa de Pediatría, cuyos dos primeros números salieron a la luz hace casi 45 años, requiere la publicación regular de artículos y, por tanto, la existencia de autores interesados en elegir esta revista como medio para dar a conocer su trabajo.

Ya en el año 1998 se mencionaban las progresivas dificultades a las que debía enfrentarse la edición de cada número del Boletín de Pediatría que, en parte, eran atribuidas a "cierto desinterés por las publicaciones regionales de las nuevas generaciones de residentes"⁽¹⁾, y han sido los Directores y Consejos de Redacción que nos han precedido en esta tarea los que, con su esfuerzo, han conseguido mantener vivo uno de los símbolos imprescindibles de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.

Aunque desde 1998 no ha sido publicado un nuevo estudio bibliográfico del Boletín de Pediatría, en el realizado por

aquellas fechas, por los Drs. Marugán y Solís⁽⁴⁾ se describían algunas de las características de los artículos publicados entre los años 1990 y 1995, que creo no han de ser muy distintas de las de los trabajos publicados más recientemente y que explican, en una gran parte, la escasez de manuscritos a la que nos enfrentamos cada vez que debe ser confeccionado uno de los números de nuestra revista. Así, los originales y casos clínicos representaban, por entonces, poco más de la tercera parte de los artículos publicados, dependiendo el grueso de cada número de la publicación de revisiones teóricas, de material de mesas redondas o conferencias y de protocolos; lo que nos hace pensar que, en buena medida, la edición de la revista depende de artículos hechos por encargo y de la publicación de las actividades científicas de nuestra Sociedad. Por otro lado, una mayoría de los trabajos había sido elaborada por autores provenientes de las cuatro provincias de nuestras Comunidades en las que existe Facultad de Medicina, mientras que sólo un 15% de lo publicado tenía su origen en las otras seis provincias sin Facultad de Medicina y una cuarta parte había sido realizada por autores de Centros españoles de fuera del territorio de la SCCALP, siendo, prácticamente, testimonial la procedencia internacional de los manuscritos. Finalmente, y quizás éste sea el dato más llamativo, entre 1990 y 1995, solamente el 8,2% del material publicado en el Boletín de Pediatría había sido elaborado por autores que trabajaban en Atención Primaria.

Esta situación puede cambiar y probablemente irá cambiando poco a poco, pero desde la propia revista queremos aportar nuestra contribución a ese cambio. Por eso, con el acuerdo de la Junta Directiva de la SCCALP celebrada en

Valladolid el pasado mes de noviembre, y con el fin de aumentar el atractivo de la publicación en el Boletín de Pediatría entre todos los autores (residentes o médicos especialistas, que trabajen en Atención Primaria o Especializada y que vivan fuera o dentro del territorio de nuestra Sociedad), hemos decidido realizar la convocatoria de un Premio al mejor artículo publicado en el Boletín durante el año 2005, cuyas bases se incluyen en el presente número. Dicho premio tiene carácter económico y cuenta con el respaldo, como ha sucedido tantas veces en la historia de la SCCALP, de los laboratorios NESTLÉ.

Para terminar, deseamos señalar que al elegir para este premio, cuya primera convocatoria tiene ahora lugar, el nombre del Dr. **José Díez Rumayor** queremos recuperar para la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León la figura de un hombre afable, admirado y querido por quie-

nes le trataron y pudieron trabajar con el que fuera su Presidente cuando se formularon los dos proyectos fundamentales de la Sociedad: el inicio de reuniones periódicas con contenido científico y la salida a la luz de una publicación propia, el Boletín de la Sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marugán de Miguelsanz JM, Alberola López S. Historia del "Boletín de Pediatría". *Bol Pediatr* 1998; **38**: 52-8.
2. Martínez Suárez V. Editorial: El hilo rojo. *Bol Pediatr* 2004; **44**: 129-30.
3. Sánchez Villares E. Editorial: Un cuarto de siglo del Boletín. *Bol Soc Cast Ast León Ped* 1984; **XXV** (112): 345-8.
4. Marugán de Miguelsanz JM, Solís Sánchez G. Estudio bibliográfico del Boletín de Pediatría 1985-1995. *Bol Pediatr* 1998; **38**: 59-63.

Revisión

El abuso sexual infantil

C. REDONDO FIGUERO, M.R. ORTIZ OTERO*

Prof. Asociado de Pediatría (Facultad de Medicina) y Centro de Salud Vargas (Santander).

**Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

RESUMEN

Objetivo: Se trata de un artículo de revisión que pretende una puesta al día en este problema tan frecuente y tantas veces silenciado y que todos los que trabajan con niños deben conocer.

Desarrollo: El abuso sexual infantil es una patología muy frecuente, puesto que tiene una incidencia anual de 0,5 casos por 1.000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas. Este abuso muchas veces no sale a la luz, debido al sometimiento del niño y a que no deja lesiones, o a que cuando acude al médico éstas han curado, o a que son de difícil diagnóstico.

Conclusiones: Es muy importante que los profesionales que atienden a niños estén perfectamente concienciados de que el abuso sexual existe, ocurre con demasiada frecuencia y que ellos, como defensores del niño, deben estar atentos a los mínimos indicios para poder descubrirlo, denunciarlo por obligación y poder defender a esa criatura indefensa ante semejante crimen.

Palabras clave: Abuso sexual; Violación; Abuso sexual infantil; Abuso infantil; Maltrato infantil; Infancia.

ABSTRACT

Objective: It is a question of an article of review that he claims a putting a day in this so frequent problem and so

often silenced and that they all those who work with children must know.

Development: The sexual infantile abuse is a very frequent pathology, since it has an annual effect of 0.5 cases as 1,000 children; and a prevalencia during the stage from 0 to 18 years of one of every six boys and one of every four girls. This abuse often does not go out to the light due to the submission of the child and for which does not leave injuries, or to that when it comes to the doctor these have treated, or for that are of difficult diagnosis.

Conclusions: It is very important that the professionals who attend to children are perfectly aroused of that the sexual abuse exists, it happens too often, and that they, as defenders of the child, must be attentive to the minimal indications to be able to discover, denounce it for obligation it, and to be able to defend to this defenseless creature before similar crime.

Key words: Sexual abuse; Rape; Sexual abuse of child; Child abuse; Infantile mistreatment; Childhood.

DEFINICIÓN

Los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, policías, abogados, forenses y jueces). Cada uno de ellos tiene preferencia por nombres específicos, tales como ataques al pudor, estupro, violación, sodomía, pedo-

Correspondencia: Dr. Carlos Redondo Figuero. C/ Vargas 57-D, 1º B. 39010 Santander.

Correo electrónico: credondof@medynet.com

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Enero 2005

filia, pederastia, incesto, etc., no siempre mutuamente excluyentes y, en ocasiones, un tanto eufemísticos. Esta amplia terminología, que ha invadido la literatura médica, crea cierta incertidumbre en el profesional sanitario. De ahí que se haya intentado, a lo largo de los últimos años, una definición del abuso sexual^(1,2), siendo la más difundida la proporcionada por el *National Center for Child Abuse and Neglect*, que define al abuso sexual como los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la víctima⁽³⁾.

El abuso sexual comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual). En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

EPIDEMIOLOGÍA

El abuso sexual siempre ha existido. Ocurre, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual. Desde hace unos 25 años, y debido al progreso de la sociedad, se han ido denunciando cada vez más casos y recopilando más información, de forma que parece haber ocurrido un aumento en la incidencia de los casos, tanto en nuestro país, como en

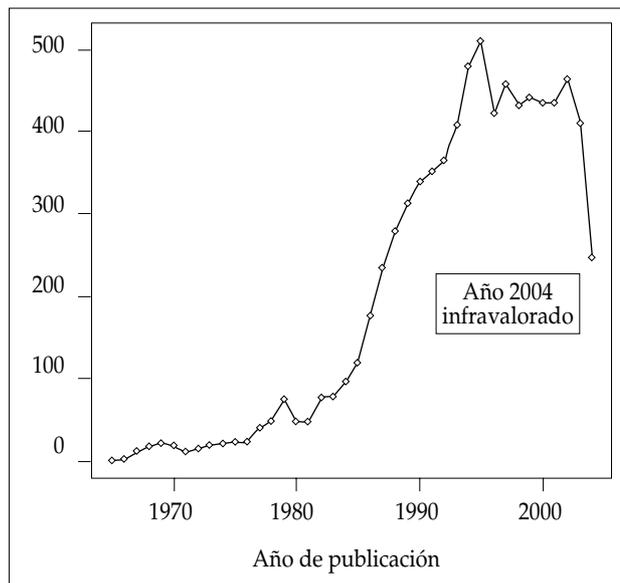


Figura 1. El número de citas en MEDLINE sobre *sexual abuse* es de 8.043 cuando se utilizan los limitadores de 0 a 18 años; la primera fue en 1965 y las 247 del año actual están infravaloradas. Se observa un aumento exponencial de las publicaciones hasta una meseta mantenida en la última década.

otros; aunque algunos autores comparando los casos de las década de los 70 y 80 del siglo XX, respecto a los datos de Kinsey de 1940, llegan a la conclusión de que no ha ocurrido tal aumento de la prevalencia, sino que simplemente se han comunicado más casos, debido a los cambios en la legislación y en el clima social⁽⁴⁾. En los últimos años ya no se está observando esta tendencia ascendente, e incluso se está hablando de una cierta tendencia descendente⁽⁵⁾.

También el interés de los investigadores por publicar sobre el tema ha seguido una evolución similar. Cuando el 8 de noviembre de 2004 se realizó una búsqueda de citas en MEDLINE de todos los artículos con el término *sexual abuse* en cualquier campo y restringido pacientes de 0 a 18 años de edad, se encontraron 8.043 citas, la primera en 1965 y 247 en lo que va del año 2004 (se sabe que se tardan unos 4-6 meses en incluir las últimas citas, por lo que el número de citas de 2004 está infravalorado). Se observa un crecimiento exponencial hasta mitad de la década pasada, y en los últimos años una estabilización, e incluso un descenso (Fig. 1). Cuando a la búsqueda se añade la restricción de que sea *spanish* el lenguaje de la revista en la que se han publicado los trabajos, únicamente aparecen 41 artículos en espa-

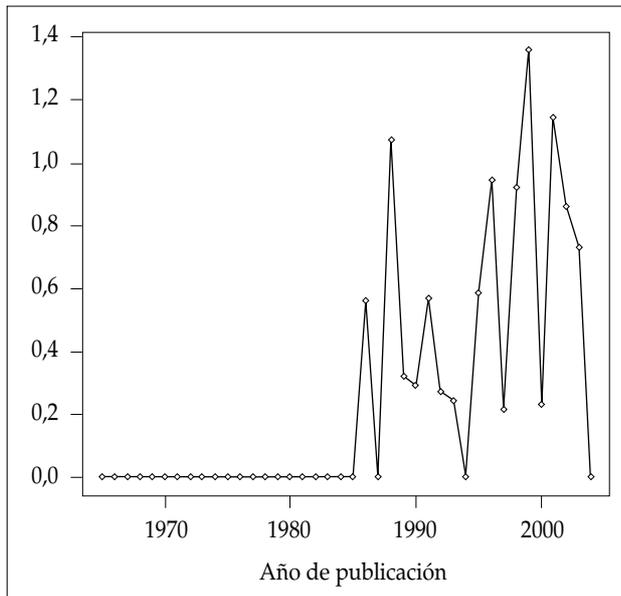


Figura 2. Porcentaje de publicaciones en español sobre abuso sexual recogidas en MEDLINE. La primera referencia es de 1986 y se aprecia que no se llega ningún año al 1,5% del total de referencias en el año.

ñol, muchos de ellos de autores hispanoamericanos. Esto último pone en evidencia la falta de interés de los investigadores españoles en publicar sobre este campo, eso sí, salvando el sesgo de MEDLINE por la recopilación predominante de trabajos del mundo anglosajón (Fig. 2).

La incidencia real no se conoce, dada la baja declaración existente. Las cifras de abuso sexual dependen de la metodología de investigación empleada⁽⁶⁾: es diferente cuando se investiga la incidencia o la prevalencia; no es lo mismo recoger los datos tras entrevistar a niños en una unidad de niños maltratados, que realizar encuestas a los padres o preguntar a adultos sobre recuerdos de su infancia, etc.

Respecto a la incidencia anual disponemos de datos, tanto españoles, como de otros países de nuestro entorno. En España⁽⁷⁾ se instruyen cada año aproximadamente tres millones y medio de diligencias previas, de ellas 11.000 (0,3%) corresponden a delitos contra la libertad sexual, de los cuales 3.500 son por delitos contra menores. Estas 3.500 diligencias en los 7.313.424 menores de 18 años suponen una incidencia anual del 0,5%. Y se calcula que sólo se denunciaban el 10%. En un estudio danés⁽⁸⁾ se encontró una incidencia en 1993 de 300 casos (de los que 55 eran abuso sexual)

en una población de 111.000 niños de 0 a 17 años, lo que supone una incidencia anual de nuevos casos del 0,5%.

Cuando se realizan estudios de prevalencia se obtienen otras cifras, como en el estudio llevado a cabo en nuestro país con 1.821 personas mayores encuestadas sobre sus experiencias en la infancia⁽⁹⁾, que reveló que, el 18,9% sufrió abusos sexuales durante la infancia, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres. Otro estudio en el que también se preguntaba por experiencias pasadas a 796 estudiantes universitarios, se encontró que, el 9% de los varones y el 19% de las mujeres habían sido abusados sexualmente en su infancia⁽¹⁰⁾. Un trabajo canadiense en el que se encuestó a 9.953 personas de más de 15 años proporcionó unas cifras de prevalencia del 12,8% en mujeres y 4,3% en hombres⁽¹¹⁾.

En un trabajo publicado hace tres años en nuestro país⁽¹²⁾, en el que se relata la experiencia de los 100 primeros meses de funcionamiento de una unidad funcional de abusos a menores del hospital San Juan de Dios, se presentaron los siguientes datos epidemiológicos: acudieron 704 casos. Se observó un crecimiento exponencial en la primera mitad de la década pasada y posteriormente se estabilizó, e incluso comenzó a observarse una disminución, como se está comprobando en otros trabajos. La principal vía de llegada fue la familia, fundamentalmente la madre, en un 34% de los casos. La sospecha de un profesional, principalmente el médico en un 27%, los servicios sociales en un 19%, el juzgado en un 11%, la policía en un 7,3% y otras vías en el resto de los casos. La causa del descubrimiento fue, sobre todo, por el relato del niño en el 50% de los casos, por indicios físicos en el 17%, por indicios de anomalías en el comportamiento en el 14%, por indicios sociales en el 11%, por la existencia de un ambiente de abuso en el 6% y el resto de los casos por descubrimiento en el acto.

Las características epidemiológicas son diferentes, según se trate de niñas o de niños. Un metaanálisis reciente⁽¹³⁾ que analiza 149 estudios de abuso a niños, con un tamaño muestral mayor de 20, presenta una prevalencia de 4 a 76%. Las características de las víctimas son niños menores de 13 años, no blancos, de bajo nivel socioeconómico y que no vivían con sus padres. Los perpetradores son hombres conocidos, pero no relacionados con los niños. El abuso ocurría fuera de casa, involucraba penetración y sucedió más de una vez. Las secuelas fundamentales fueron estrés psicológico, abuso de sustancias y problemas en

TABLA I. FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO ASOCIADOS A LA EXISTENCIA DE ABUSO SEXUAL

Edad	De 8 a 12 años
Sexo	Las niñas tienen más probabilidades de ser víctimas, pero los niños los denuncian menos
Aislamiento	Aislamiento de sus padres (probablemente es una consecuencia más que un factor de riesgo)
Relaciones familiares	Malos vínculos de progenitor-hijo y entre los padres
Familia	Falta de un progenitor protector Presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico
Características	Indefensión (retraso mental, confinamiento, etc.)

la esfera de la sexualidad. Y concluían, como resumen que, el abuso sexual a chicos es común, pero no informado, no conocido y no tratado.

ETIOLOGÍA

En el abuso sexual hay tres componentes importantes: víctima, abusador y proceso de abuso. Cada uno de ellos reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor.

Víctima. Los factores de riesgo de abuso sexual son (Tabla I)⁽¹⁴⁾: a) edad de 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual; b) sexo femenino, las niñas los sufren más, pero los varones los denuncian menos; c) determinadas características de la víctima, como el aislamiento de otros niños de su edad y retraimiento, hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual; d) algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.).

Abusador. Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, puede perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay dos requisitos necesarios: que el abusa-

TABLA II. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERPETRADOR DEL ABUSO SEXUAL

<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conciencia sobre tales comportamientos • Falta de empatía por el niños • Creencia de que esos comportamientos son aceptables y no causan daño al niño • Escaso control de sus impulsos • Uso de alcohol y otras drogas que, a su vez, disminuye aún más la capacidad de controlar sus propios comportamientos • La historia del perpetrador (haber sido víctima en su infancia) • Las circunstancias que permiten un mayor contacto con el niño (hospitalización prolongada de la madre, etc.) • Se aprovecha de la indefensión del niño (retraso mental, etc.)

dor se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismos⁽¹⁵⁾. Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias.

Proceso del abuso. Los factores que hacen que el agresor abuse sexualmente del niño son los presentados en la tabla II. Fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso. El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar⁽¹⁶⁾. Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y que, además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio.

La persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado *síndrome de acomodación al abuso sexual del niño*⁽¹⁷⁾ que consta de 5 fases: 1) secretismo; 2) indefensión; 3) atrapamiento y acomodación; 4) revelaciones retrasadas y escasamente convincentes; y 5) retractación posterior del abuso revelado.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como en cualquier otra forma de violencia sexual, el abuso del niño sucede en la intimidad, por lo que rara vez es presenciado por una tercera persona. Esto, junto con el retraso que existe habitualmente en ser visto por el médico y con la tendencia a que no haya lesiones, hacen que sea difícil ponerlo en evidencia. De ahí que el profesional sanitario deba estar atento a pequeñas pistas que puedan existir (Tabla III).

Manifestaciones verbales inespecíficas. En ocasiones el niño manifiesta a un adulto, progenitor u otro adulto de confianza, que ha tenido experiencias incómodas (tocamiento de genitales). A veces las revelaciones son vagas (*mi tío besa demasiado fuerte*). Otras veces el niño lo expresa de una manera indirecta por carecer del vocabulario adecuado (*jugamos al juego de los abrazos*). Pero los niños tienen miedo a revelarlo por las amenazas que ha recibido (*si se lo dices a tu madre te pegaré un puñetazo*), o le ha convencido para que no lo diga (*si lo dices sabes que pensarán que eres un mentiroso*). Incluso algunos niños mayores se dan cuenta del trastorno que origina dicha revelación y se retractan, ya que se sienten responsables de mantener la familia unida, de forma que se sacrifican por la estabilidad familiar, aunque van a seguir siendo víctimas.

Cambios inespecíficos en el comportamiento y clínica vaga. Otros niños presentan una sintomatología de trastornos del comportamiento inespecíficos consistentes en cualquier cambio brusco de conducta, como miedos excesivos, fobias, temor a dormir sólo, terrores nocturnos, comportamiento agresivo, fugas, tendencia suicida. También pueden presentar otras manifestaciones inespecíficas, como anorexia, abdominalgia, enuresis, encopresis, disuria, rectalgia, flujo vaginal, supuración uretral e incluso leves lesiones en el área genital, que indican al profesional que ha podido existir un abuso sexual.

Cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes. Otros niños ya presentan una sintomatología más preocupante. En el área del comportamiento pueden manifestar una curiosidad sexual exagerada o una masturbación compulsiva o un conocimiento inapropiado del comportamiento sexual del adulto. Y en la esfera física pueden presentar lesiones genitales (traumatismo genital, anal o uretral, hemorragia, prurito, vulvitis, vulvo-

TABLA III. MANIFESTACIONES DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

-
- Manifestaciones verbales inespecíficas del niño
 - Cambios inespecíficos en el comportamiento y clínica vaga
 - Cambios más específicos en el comportamiento y trastornos clínicos evidentes
 - Revelación específica del abuso
-

vaginitis, flujo, dolor genital crónico, cuerpo extraño en la vagina), lesiones anales (proctitis, hemorragia, prurito, dolor anal crónico, encopresis, defecación dolorosa, cuerpo extraño en el recto), lesiones urinarias (disuria, infección urinaria recurrente, enuresis y abdominalgia), lesiones bucales (hematoma en paladar), enfermedades de transmisión sexual (cualquier ETS debe ser considerada como evidencia de abuso, hasta que no se demuestre lo contrario) y embarazo.

Toda esta sintomatología no es específica de abuso sexual; de hecho, en niñas con secreciones vaginales⁽¹⁸⁾ se encontró un abuso sexual en un 11% de los casos, y en las que presentaban flujo vaginal predominaron las infecciones específicas, mientras que en las que no tenían flujo lo hicieron las inespecíficas. Un 15-20% de los niños que han sufrido un abuso sexual pueden presentar algún hallazgo anómalo genital o anal que puede hacer sospechar dicho abuso, pero la ausencia de hallazgos no descarta el abuso sexual, porque puede que no se produjeran lesiones, o porque ya hayan cicatrizado. En un estudio de 236 niños sometidos a abuso sexual por perpetradores convictos, sólo un 23% de las exploraciones genitales en niñas se consideraron sospechosas o anómalas, y sólo un 7% de las exploraciones anales en ambos sexos fueron anómalas⁽¹⁹⁾.

Debido a los cambios somáticos con la edad, en los últimos años ha habido un esfuerzo por diferenciar claramente la normalidad de la anormalidad en la anatomía genital femenina. Se han publicado glosarios de términos⁽²⁰⁾, estudios de las variaciones anatómicas del himen⁽²¹⁾, que ponen de manifiesto que el himen está presente en todas las recién nacidas que se desarrollan con normalidad. En esta edad, debido a los estrógenos maternos está engrosado. Posteriormente, en niñas preescolares y escolares es delgado y sin muchos cambios⁽²²⁾; hasta que con la pubertad de nuevo engruesa y se desarrollan pliegues redundantes. También se han realizado estudios en niñas prepúberes sobre la mor-

fología del himen, que puede adoptar formas variadas: semi-lunar, anular, con protuberancias, con crestas, con adherencias a los labios menores, etc.^(23,24). Y han proporcionado datos de las medidas de los diámetros horizontal y sagital, dependiendo de la técnica del examen, separación de los labios, tracción o en posición genupectoral⁽²⁵⁾. El examen en estas tres posiciones puede ayudar a mejorar el proceso diagnóstico de un caso de sospecha de abuso sexual, aunque esto no significa que cada caso requiera un examen con los tres métodos.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño⁽¹²⁾. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior⁽²⁶⁾.

Las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm (niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal), eritema y congestión venosa⁽²⁷⁾. Para diferenciar las lesiones en genitales masculinos debidas a abuso sexual o a accidente se realizó un estudio de casos y controles con 88 pacientes⁽²⁸⁾. En los 44 abusados se encontró un 100% de lesiones anales y en un 5% laceraciones peneanas. Mientras que en el grupo accidental se encontraron laceraciones en escroto en el 36% y en el pene en el 15%, pero no se encontraron lesiones anales aisladas.

La probabilidad de adquirir una infección VIH tras un abuso sexual es baja, pero existe. Un estudio llevado a cabo en 9.136 niños que habían sufrido un abuso sexual⁽²⁹⁾ se encontró VIH en 26, es decir, en el 0,28% (IC-95%: de 0,19 a 0,42%).

La valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres cir-

cunstancias, a) cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psíquico; b) cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato; y c) cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas.

La evaluación de un caso de abuso sexual infantil sospechado exige hacer una historia clínica minuciosa realizada a los padres y al niño, una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y la documentación cuidadosa de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales. De ahí que la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinar (asistente social, psicólogo, pediatra, enfermera, policía, etc.). Como en la valoración del caso de sospecha de abuso sexual suele incluir a los sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no médicos.

Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación⁽³⁰⁻³²⁾, a veces inventada por la madre⁽³³⁾ o por los dos padres⁽³⁴⁾.

Historia clínica

La finalidad es comprender lo que le ha pasado al menor, conocer su estado de salud, su nivel de desarrollo y las fuerzas y debilidades de la familia.

Historia familiar. Hay que preguntar a los padres (o a los custodios) qué ha manifestado el niño, en qué circunstancias y a quién⁽³⁵⁾, y cómo reaccionaron ante la alegación. Además, es preciso conocer el estado físico y mental de los padres, la existencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia de los padres, el estado de salud y desarrollo de los hermanos, la existencia de violencia en el domicilio del niño, el abuso de drogas, la existencia de factores de estrés familiar en época reciente, los recursos y apoyos de la familia, la respuesta de cada miembro familiar ante las alegaciones que ha hecho el niño, cómo es el vínculo matrimonial (separación, divorcio, etc.), los acuerdos de custodia existentes (régimen de visitas, etc.) y si el abuso sexual ocurrió antes, durante o después de la separación, etc.

Historia del niño. Cuando el niño es mayorcito se le debe entrevistar a solas⁽³⁶⁾, con preguntas no dirigidas realizadas por un entrevistador diestro en manejar a niños^(37,38). A veces es importante utilizar dibujos o muñecas anatómicas^(39,40), y

aunque ha habido mucha polémica sobre su utilidad, actualmente ésta parece estar zanjada en el sentido de que su utilización puede ayudar a que el niño describa lo que sucedió⁽⁴¹⁾, aunque algunos autores refieren que no debieran utilizarse antes de los 5 años de edad⁽⁴²⁾. El sexo del entrevistador influye en las respuestas de los niños, pero esto se puede atenuar si se realizan entrevistas estructuradas⁽⁴³⁾. El objetivo de la entrevista es, por un lado, conocer cómo transcurre la vida del niño y quién le cuida; de otro lado, conocer el comportamiento del niño (cambios de conducta, actitudes hacia determinada persona, nerviosismo, tristeza, mal rendimiento escolar, pesadillas nocturnas y otras alteraciones del sueño, comportamientos sexualizados, etc.); y finalmente, conocer la existencia de síntomas específicos (hemorragia vaginal, anal, encopresis, estreñimiento, etc.).

Exploración física

El examen físico transmite confianza, tanto a la familia, como al niño acerca de su estado físico. Se realiza con los siguientes objetivos: detectar lesiones anogenitales secundarias o sugestivas de abuso, detectar signos de abuso o de desatención y detectar trastornos que precisen tratamiento médico. La exploración física debe ser completa y nunca se debe olvidar la cavidad oral. Generalmente, se realiza la exploración genital en posición supina con separación de extremidades. La valoración del himen se realiza mediante separación labial y tracción. También es útil la posición genupectoral. El colposcopio ha demostrado su utilidad, aunque no es imprescindible, ya que con un simple otoscopio se puede conseguir un aumento razonable. De hecho, no hay mucha diferencia entre los dos métodos⁽⁴⁴⁾.

Los hallazgos físicos pueden ser, en orden decreciente de especificidad diagnóstica⁽¹⁴⁾:

1. *Signos específicos o diagnósticos de abuso sexual (incluso sin el antecedente de abuso):* a) evidencia de eyaculación: presencia de semen, esperma o antígenos y/o enzimas específicos del semen; embarazo (en ausencia de una relación sexual consentida); b) enfermedades de transmisión sexual: sífilis no perinatal, gonorrea no perinatal, VIH no adquirida por vía perinatal o intravenosa; c) lesiones genitales o anales en ausencia de una explicación accidental adecuada: laceraciones, abrasiones, contusiones, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordedura; d) abertu-
2. *Signos compatibles con abuso sexual (la anamnesis y exploración pueden ser importantes para el diagnóstico):* a) otras enfermedades de transmisión sexual no adquiridas perinatalmente: tricomonas, clamidia, condiloma acuminado, herpes simple; b) rupturas del himen: concavidades angulares laterales o posteriores (escotaduras, fisuras), cortes transversales, ausencia, o menor cantidad de himen, cicatrices; c) cambios específicos en el ano: cicatrices o colgajos anales fuera de la línea media, dilatación superior a 15 mm sin materia fecal en la ampolla, irregularidades del orificio anal después de una dilatación total; d) dilatación pronunciada de la abertura del himen en diferentes posiciones de examen.
3. *Signos a veces secundarios a abuso sexual, pero que también tienen otras causas (la anamnesis y otras investigaciones son importantes para el diagnóstico):* vaginosis bacteriana, fusiones labiales externas en niñas que no usaban pañales desde varios años atrás y sin otra causa de irritación labial, friabilidad de la horquilla, otros cambios en el ano (dilatación anal menor de 15 mm reiterada, acortamiento o eversión del canal anal, fisuras perianales, piel perianal engrosada y disminución de los pliegues), erección persistente del pene durante el examen de varones prepúberes.
4. *Signos rara vez secundarios a abuso:* a) signos vestibulares (eritema, folículos linfoides en la fosa navicular, zonas avasculares en la línea media de la fosa navicular); b) signos uretrales (bandas periuretrales, dilatación uretral con la tracción de los labios); c) signos en el himen (pequeños montículos, proyecciones o remanentes con anatomía himeneal, por lo demás normal, concavidades anteriores del himen, lisas, curvas y/o poco profundas, himen imperforado); d) signos en los labios (fusiones pequeñas, fusiones más extensas en niñas que aún usan pañales, zonas avasculares en la línea media de la horquilla); e) signos en la vagina con himen normal (rugosidades, pliegues); f) signos en el ano (eritema, hiperpigmentación, congestión venosa después de 2 minutos en posición genupectoral, colgajos o pliegues cutáneos en la línea media, por delante del ano, zonas lisas en la

TABLA IV. TOMA DE MUESTRAS EN UN CASO DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

ETS	Muestras
Gonococo	Cultivos de recto, vagina, uretra y faringe
Clamidia	Cultivos de recto y uretra
Sífilis	Serología a las 0, 6, 12 y 24 semanas Examen de campo oscuro del exudado del chancro, si existe
VIH	Serología a las 0, 6, 12, y 24 semanas; y a los 12 meses Serología en el agresor, si es posible
VHB	Serología en el agresor, si es posible
Herpes simple	Cultivo de la lesión
Vaginosis bacteriana	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal
Papiloma	Biopsia de la lesión
Tricomonas	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal
Pediculosis	Identificación de piojos y huevos

línea media, por delante o por detrás del ano, episodio único de dilatación anal < 15 mm, dilatación anal con materia fecal en la ampolla, aplanamiento del borde y de los pliegues del ano durante su dilatación, candidiasis anal), aunque, generalmente, los hallazgos de lesiones anales son raros⁽⁴⁵⁾.

Pruebas de laboratorio

Tres son los objetivos fundamentales de las pruebas complementarias: detectar la presencia de una ETS, detectar la presencia de semen si no han transcurrido más de 72 horas, y detectar un posible embarazo en adolescentes.

Enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente un 5% de las víctimas de abuso sexual adquieren una ETS como resultado de la agresión⁽⁴⁶⁾. Las pruebas pretenden detectar gonorrea, sífilis, tricomonas, clamidia, vaginosis bacteriana, herpes simple, VIH, hepatitis B y C. Es importante conocer que hay contactos maternos. También es importante saber que la frecuencia de ETS en preadolescentes es baja, como se demostró en un estudio con 2.731 preadolescentes⁽⁴⁷⁾, en que se encontró gonorrea en un 3,4% de los casos. La toma de muestras debe ser tal como queda reflejada en la tabla IV. Respecto al abuso se puede concluir⁽⁴⁸⁾ que es: a) cierto si hay gonorrea no perinatal, sífilis no perinatal, VIH no perinatal ni transfusional, clamidias no perinatal; b) muy sos-

pechoso si hay tricomonas, c) sospechoso si hay condiloma acuminado no perinatal o si hay herpes genital; y d) no concluyente si hay vaginosis bacteriana.

Semen. Se debe buscar su existencia. Con la luz de Wood aparece un color entre verde azulado y naranja.

Embarazo. Siempre que la niña haya tenido la menarquia se deberá realizar la prueba de embarazo; primero para comprobar si ya estaba embarazada antes del episodio de abuso y en segundo lugar por si el abuso produjo un embarazo.

DOCUMENTACIÓN

En la historia clínica deberán figurar los hechos referidos por la familia o el niño con sus propias palabras. Los hallazgos de la exploración física deberán ser anotados cuidadosamente, incluso con dibujos esquemáticos. Hoy se dispone de una hoja estandarizada que es la que deberemos utilizar (Fig. 3). Esta hoja, propuesta por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁽⁴⁹⁾, consta de un anverso para anotar los hallazgos y de un reverso para las notas explicativas. Cada Comunidad Autónoma puede añadir su logotipo y hacer pequeñas modificaciones (en el homúnculo, etc.).

Debe anotarse la agresión con las mismas palabras que refiere la víctima, ya que la historia clínica es un documento legal y, por tanto, será sometido a examen igual que cualquier otra prueba⁽⁵⁰⁾.

También es importante documentar la valoración con fotografías perfectamente rotuladas (fecha, nombre del niño y médico, nº de historia clínica).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es un auténtico desafío intelectual para el médico identificar la etiología de los hallazgos encontrados ante una sospecha de abuso sexual. Es tal reto para los médicos que no siempre están de acuerdo en los hallazgos, como demuestra un estudio mediante cuestionarios en el que se compararon 7 casos simulados, para evaluar las valoraciones de 206 médicos experimentados en valoración de abusos sexuales respecto a un panel de expertos⁽⁵¹⁾. En general, los más

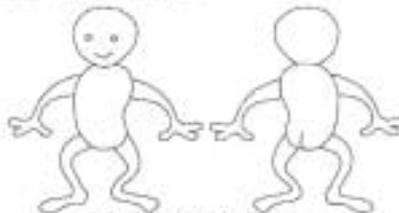
**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una replicación detallada de los indicadores, véase el dorso

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

Sospecha
Maltrato

MALTRATO FÍSICO		
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moratones ¹	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras ²	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas ³	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Hiridas ⁴	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales ⁵	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas ⁶	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada ⁷	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandado ⁸	



Señale la localización de los síntomas

NEGLEGENCIA		
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene ⁹	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión ¹⁰	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado	

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL		
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional ¹³	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio	
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobrepotección ¹⁵	

ABUSO SEXUAL		
<input type="checkbox"/> S	Sin contacto físico	
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶	
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y con penetración	
<input type="checkbox"/> S	Dificultad para andar y sentarse	
<input type="checkbox"/> S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
<input type="checkbox"/> S	Dolor o prurito en la zona genital	
<input type="checkbox"/> S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	
<input type="checkbox"/> S	Genitales o vulva hinchados o rojos	
<input type="checkbox"/> S	Explotación sexual	
<input type="checkbox"/> S	Semen en la boca, genitales o ropa	
<input type="checkbox"/> S	Enfermedad venérea ¹⁷	
<input type="checkbox"/> S	Apertura anal patológica ¹⁸	
<input type="checkbox"/> S	Configuración del himen ¹⁹	

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI
Apellido: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>	
Domicilio: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (dd/mm/año): <input type="text"/>	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policia <input type="checkbox"/> Vestido <input type="checkbox"/>	Otro(especificar): <input type="text"/>	
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (dd/mm/año): <input type="text"/>
Centro: <input type="text"/>		Servicio / Consulta: <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>		Área sanitaria: <input type="text"/>
Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>	Nº Colegiado: <input type="text"/>	

Figura 3. Propuesta de Hoja de Notificación del Maltrato Infantil por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales *personalizable* por cada Comunidad Autónoma.

experimentados coincidían con el panel de expertos, aunque hubo diferencias. Los menos experimentados son más fácilmente influenciados en la interpretación de los hallazgos por lo referido en la historia clínica⁽⁵²⁾.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, uretrales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otras enfermedades más raras (Tabla V).

Ante un eritema o un hematoma en área genital hay que pensar también en otras causas que se pueden confundir con un abuso sexual⁽⁵³⁾, como causas accidentales, como la caída en horcajadas (muchas veces con testigos, suelen afectar a la parte anterior, el hematoma es en genitales externos y no suelen afectar al himen), o también en niños por el cierre de la cremallera o porque se les cae la tapa del inodoro; y en enfermedades médicas, como trastornos de la coagu-

TABLA V. ENTIDADES CON LAS QUE SE DEBE REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE LA SOSPECHA DE UN ABUSO SEXUAL

Dermatológicos	Liquen esclerosante Liquen simple crónico Dermatitis del pañal Oxiuros Mala higiene Baños de burbujas Hematomas no causados por abuso Dermatitis seborreica Dermatitis atópica Dermatitis de contacto Psoriasis Penfigoide bulloso Congestión venosa perianal
Congénitos	Fusión de labios Hemangioma Defectos de la línea media Rafe prominente Línea vestibular Hiperpigmentación perianal Colgajos de piel anal en la línea media Diástasis anal
Uretrales	Prolapso Carúncula Hemangioma Sarcoma botrioides Ureterocele
Anales	Enfermedad de Crohn Dilatación anal postmortem Estreñimiento crónico Prolapso rectal Síndrome urémico-hemolítico Tumor de recto
Infecciones	Vaginitis estreptocócica Celulitis perianal Verrugas perinatales Varicela Candida
Lesiones	Caída en horcajadas Lesión penetrante Circuncisión femenina Torniquete de pelo Lesión genital por accidente automovilístico o por el cinturón de seguridad
Otros	Enfermedad de Behçet

lación, en dermatopatías, como el liquen escleroso (dolorimiento genital y hemorragias subepididimarias, friabilidad hística, hipopigmentación, prolapso uretral con sangrado vaginal, disuria), enfermedades infecciosas, como la estreptococia, cuerpos extraños en la vagina e incluso falsas alegaciones⁽³²⁾, que, en general, deberán sospecharse cuando éste tenga un trastorno mental o esté en medio de una intensa disputa por la custodia o cuando sus declaraciones son inconsistentes o carecen de detalles o cuando no está afectado por lo que relata. Por otro lado, no conviene insistir mucho al niño, pues con preguntas dirigidas puede cambiar de respuesta o decir lo que el investigador quiera, ya que los niños son muy sugestionables⁽⁵⁴⁾.

TRATAMIENTO

Ante un caso de abuso sexual se debe actuar en tres frentes: 1) proporcionar al niño atención médica adecuada; 2) denunciar ante los servicios de protección; y 3) asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia.

Atención médica. Debe dirigirse a proporcionar al niño y a la familia la seguridad de que su cuerpo está físicamente intacto, por lo que deberá abordar todas las lesiones que existan. No se debe culpar al niño o a su familia. Conviene decirle que lo sucedido no fue de su responsabilidad. Es muy importante tranquilizarle y convencerle de que es una persona normal, como los demás chicos/as de su edad, que en un futuro podrá casarse y tener hijos y convencerle de que sus lesiones cicatrizarán. La familia debe recibir apoyo y hay que quitar las preocupaciones sobre la virginidad. Se les debe decir que no hay relación entre abuso y homosexualidad posterior. El tratamiento médico debe encaminarse a: a) profilaxis de las ETS (Tablas VI, VII y VIII); b) estudio de VIH; c) prevención del embarazo; y d) si más adelante se confirma alguna enfermedad, tratarla específicamente.

Denuncia. Todo médico que sospecha un abuso sexual tiene la obligación de denunciarlo a Protección de Menores. Y dado que es un delito, conviene implicar al sistema judicial, aunque debido a los arreglos sólo un 5% llegan a juicio. Así pues, es necesario una doble notificación; al Juzgado y la Servicio de Protección de Menores. Es importante que el profesional sanitario denuncie el caso de abuso sexual, incluso la sospecha fundada. No sirve escudarse en que no está con-

TABLA VI. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN PREADOLESCENTE MENOR DE 45 KG

Gonorrea	Cefixima vo (8 mg/kg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis
Clamidia	Azitromicina vo (20 mg/kg), una dosis o eritromicina vo (50 mg/kg), en 4 dosis, 10-14 días
Sífilis	Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis
VHB	Empezar o completar la inmunización, si no lo está
Vaginosis y tricomonas	Metronidazol vo (15 mg/kg), en tres dosis, 7 días

TABLA VII. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN PREADOLESCENTE MAYOR DE 45 KG

Gonorrea	Cefixima vo (400 mg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis
Clamidia	Azitromicina vo (1 g), una dosis o doxiciclina vo (100 mg), dos veces, 7 días
Sífilis	Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis
VHB	Empezar o completar la inmunización, si no lo está
Vaginosis y tricomonas	Metronidazol vo (2 g), una dosis

TABLA VIII. TRATAMIENTO DE LAS ETS EN ADOLESCENTE

Gonorrea	Cefixima vo (400 mg), una dosis o ceftriaxona im (125 mg), una dosis o ciprofloxacino vo (500 mg), una dosis u ofloxacino vo (400 mg), una dosis
Clamidia	Azitromicina vo (1 g), una dosis o doxiciclina vo (100 mg), dos veces, 7 días
Sífilis	Penicilina G benzatina im (50.000 U/kg, máx 2.400.000), una dosis
VHB	Empezar o completar la inmunización, si no lo está
Vaginosis y tricomonas	Metronidazol vo (2 g), una dosis
VIH	Antirretrovirales
Embarazo	Anticonceptivo + antiemético

firmado el caso. Para eso ya existen otros ámbitos que dirimirán. Pero si el pediatra no denuncia no está defendiendo al menor, ni evitando otros posibles casos, y, exagerando, en cierta medida se está haciendo cómplice de la situación.

Salud mental. Una vez conocido el abuso empiezan a actuar más profesionales, y esto puede crear un estado de confusión en el niño al ver que tantas personas se preocupan de él. Puede estar confundido, disgustado y avergonzado de tener que hablar de sus intimidades. Los familiares pueden sentirse culpables de que haya un caso en su familia, pueden también estar divididos, pueden no creer al niño. Si el perpetrador es un familiar los problemas son mayores, la madre puede cuestionarse su sexualidad, su capacidad de proteger a los hijos, su capacidad de pareja, su capaci-

dad de sacar adelante a los hijos, etc. El sistema sanitario debe dar una respuesta a esta familia, tanto a corto, como a largo plazo. El médico debe apoyar a la familia a reconocer los variados aspectos emocionales que puedan surgir.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Varios estudios y metaanálisis⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾ con muestras amplias de población han puesto en evidencia las consecuencias del abuso sexual.

Consecuencias a corto plazo (en los dos primeros años): miedo, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, enojo, problemas escolares, delincuencia, agresión, hostilidad, comportamiento antisocial, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas, huida del hogar.

Consecuencias a largo plazo: ansiedad, cefalea, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, aislamiento, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, tendencia a la revictimización, abuso de drogas, comportamiento sexual inadecuado, tendencias suicidas.

El abuso sexual puede suponer un impacto duradero y devastador para el desarrollo del niño y de su familia^(60,61), sobre todo, cuando hubo penetración, el abuso fue duradero y realizado por un familiar cercano. Los varones que sufrieron abuso sexual en su infancia corren el riesgo de ser en un futuro abusadores sexuales⁽¹³⁾. También serán con más frecuencia perpetradores de actos sexuales coercitivos.

PREVENCIÓN

Los intentos de prevención se han dedicado, sobre todo, a desarrollar programas en la escuela para enseñar a los niños a protegerse, como por ejemplo cuáles son las formas de tocar buenas y malas⁽⁶²⁾. Esto ya se puede aprender desde los 4-6 años de edad. Y aunque hay estudios que demuestran efectos positivos en la prevención⁽⁶³⁻⁶⁵⁾, aún no está demostrado si estos programas han ayudado a prevenir el abuso sexual; de hecho, algunos autores dicen que no hay un efecto claro de los programas de prevención⁽⁶⁶⁾. Otros metaanálisis demuestran que los programas educativos mejoran el conocimiento de los niños sobre el ataque sexual, pero no demuestran que se reduzca en número de ataques⁽⁶⁷⁾, pero sí son importantes los programas preventivos en los niños, como, por ejemplo, la detección de niños en riesgo durante el período de posparto⁽⁶⁸⁾, e incluso la detección en la visita prenatal de posible abuso en la madre adolescente, para evitar el círculo vicioso intergeneracional de violencia⁽⁶⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 1978; **62**: 382-9.
2. Consellería de Familia e Promoción do emprego, Muller e Xuventude. Guía para a detección do maltrato infantil. Xunta de Galicia; 2002: [http://www.xunta.es/conselle/fm/dxf/submenores/defensa/maltrato/ Guiamaltrato.pdf](http://www.xunta.es/conselle/fm/dxf/submenores/defensa/maltrato/Guiamaltrato.pdf)
3. Paradise JL. Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1990; **4**: 889-912.
4. Feldman W, Feldman E, Goodman JT, et al. ¿Está realmente aumentando la prevalencia de los abusos sexuales en los niños? Un análisis de las pruebas. *Pediatrics* (ed. español) 1991; **32**: 5-8.
5. Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse Negl* 2001; **25**: 1139-58.
6. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse Negl* 1998; **22**: 481-91.
7. Urra J. Agresor sexual. Casos reales. Riesgo de reincidencia. Madrid: Eos; 2003. p. 341.
8. Riis L, Bodelsen H, Knudsen FU. [Incidence of child neglect and child abuse in the region of Copenhagen]. *Ugeskr Laeger* 1998; **160**: 5358-62.
9. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl* 1995; **19**: 1039-50.
10. Finkelhor D. Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse Negl* 1980; **4**: 265-73.
11. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; **278**: 131-5.
12. Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbó MD, Ibáñez M, Bassets J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr* 2001; **54**: 243-50.
13. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 1998; **280**: 1855-62.
14. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996; **17**: 236-49.
15. Briere J, Runtz M. University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse Negl* 1989; **13**: 65-75.
16. Berliner L, Conte JR. The process of victimization: the victims' perspective. *Child Abuse Negl* 1990; **14**: 29-40.
17. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; **7**: 177-93.
18. Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, Frishmuth G. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. *Pediatrics* 1982; **70**: 193-8.
19. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; **94**: 310-7.
20. American Professional Society on the Abuse of Children. Glossary of terms and the interpretation of findings for child sexual abuse evidentiary exams. Chicago: APSAC; 1998.
21. Berenson A, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; **87**: 458-65.
22. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; **140**: 600-7.
23. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, Bailey RK, Emans SJ. Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; **89**: 387-94.
24. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990; **86**: 428-39.
25. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics* 1990; **85**: 182-7.
26. AAP, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; **103**: 186-91.
27. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 1989; **13**: 179-93.

28. Kadish HA, Schunk JE, Britton H. Pediatric male rectal and genital trauma: accidental and nonaccidental injuries. *Pediatr Emerg Care* 1998; **14**: 95-8.
29. Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics* 1998; **102**: E46.
30. Everson MD, Boat BW. False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; **28**: 230-5.
31. Bernet W. False statements and the differential diagnosis of abuse allegations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; **32**: 903-10.
32. Silber TJ. False allegations of sexual touching by physicians in the practice of pediatrics. *Pediatrics* 1994; **94**: 742-5.
33. Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993; **68**: 444-7.
34. Savvidou I, Bozikas VP, Karavatos A. False allegations of child physical abuse: a case of Munchausen by proxy-like syndrome? *Int J Psychiatry Med* 2002; **32**: 201-8.
35. Faller KC, Froning ML, Lipovsky J. The parent-child interview: use in evaluating child allegations of sexual abuse by the parent. *Am J Orthopsychiatry* 1991; **61**: 552-7.
36. Leventhal JM, Bentovim A, Elton A, Tranter M, Read L. What to ask when sexual abuse is suspected. *Arch Dis Child* 1987; **62**: 1188-93.
37. Rappley M, Speare KH. Initial evaluation and interview techniques for child sexual abuse. *Prim Care* 1993; **20**: 329-42.
38. Wood B, Orsak C, Murphy M, Cross HJ. Semistructured child sexual abuse interviews: interview and child characteristics related to credibility of disclosure. *Child Abuse Negl* 1996; **20**: 81-92.
39. Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics* 1987; **79**: 129-37.
40. Leventhal JM, Hamilton J, Rekedal S, Tebano-Micci A, Eyster C. Anatomically correct dolls used in interviews of young children suspected of having been sexually abused. *Pediatrics* 1989; **84**: 900-6.
41. Everson MD, Boat BW. Putting the anatomical doll controversy in perspective: an examination of the major uses and criticisms of the dolls in child sexual abuse evaluations. *Child Abuse Negl* 1994; **18**: 113-29.
42. Bruck M, Ceci SJ, Francoeur E. Children's use of anatomically detailed dolls to report genital touching in a medical examination: developmental and gender comparisons. *J Exp Psychol Appl* 2000; **6**: 74-83.
43. Lamb ME, Garretson ME. The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. *Law Hum Behav* 2003; **27**: 157-71.
44. Muram D, Elias S. Child sexual abuse--genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **160**: 333-5.
45. Muram D. Anal and perianal abnormalities in prepubertal victims of sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **161**: 278-81.
46. American Academy of Pediatrics. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y niños. En: Pickering LK (ed.) 2000 Red Book: Report of the Comité on Infectious Diseases. 25ª ed. [edición en español] Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000. p. 143-7.
47. Ingram DL, Everett VD, Flick LA, Russell TA, White-Sims ST. Vaginal gonococcal cultures in sexual abuse evaluations: evaluation of selective criteria for preteenaged girls. *Pediatrics* 1997; **99**: 863(e8). URL:<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e8>.
48. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review. *Pediatrics* 1999; **103**: 186-91.
49. Díaz J, Esteban J, Romeo FJ, et al [Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil]. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: 2001. [accesible en <http://www.mtas.es/SGAS/infancia/observatorio/MaltratoInfantil.pdf>]
50. Parrish MI, Feroli KL, Felice ME. Violación. En: Hoekelman RA, Adam HM, Nelson NM, Weitzman ML. Atención Primaria en Pediatría. Madrid: Elsevier Science; 2002. p. 2239-47.
51. Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girl's genital findings and the likelihood of sexual abuse: agreement among physicians self-rated abuser sexual skilled. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; **151**: 883-91.
52. Paradise JE, Winter MR, Finkel MA, Berenson AB, Beiser AS. Influence of the history on physicians' interpretations of girls' genital findings. *Pediatrics* 1999; **103**: 980-6.
53. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child* 1990; **144**: 1319-22.
54. Bruck M, Ceci SJ. The suggestibility of children's memory. *Annu Rev Psychol* 1999; **50**: 419-39.
55. Golding JM. Sexual assault history and headache: five general population studies. *J Nerv Ment Dis* 1999; **187**: 624-9.
56. Roodman AA, Clum GA. Revictimization rates and method variance: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2001; **21**: 183-204.
57. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; **135**: 17-36.
58. Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress* 2002; **15**: 187-97.
59. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; **31**: 136-50.

60. Briere J, Runtz M. The long-term effects of sexual abuse: a review and synthesis. *New Dir Ment Health Serv* 1991; **51**: 3-13.
61. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child* 1994; **4**: 54-69.
62. Horno P, Santos A, del Molino C. Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales. Madrid: Save to Children, 2001. en URL: <http://www.save-the-children.es/organizacion/orga-programas.htm>
63. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997; **21**: 975-87.
64. Wurtele SK, Owens JS. Teaching personal safety skills to young children: an investigation of age and gender across five studies. *Child Abuse Negl* 1997; **21**: 805-14.
65. Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *J Clin Child Psychol* 2000; **29**: 257-65.
66. Bolen RM. Child sexual abuse: prevention or promotion? *Soc Work* 2003; **48**: 174-85.
67. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. *Part II. J Child Psychol Psychiatry* 1994; **35**: 857-76.
68. Leventhal JM, Pew MC, Berg AT, Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period abuso sexual being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 1996; **97**: 331-5.
69. Stevens-Simon C, Reichert S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse. A developmental approach to an intergenerational cycle. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; **148**: 23-7.

Original

Hábitos de sueño en la revisión del niño sano

A. SUÁREZ RODRÍGUEZ, B. ROBLES GARCÍA*

*Pediatra de Área. Zonas de Salud de Boñar, La Magdalena, Matallana y Mansilla. *Residente de Pediatría. Hospital de León*

RESUMEN

Objetivo: Conocer los hábitos de sueño de los niños en edad preescolar, por su importancia en la aparición de los trastornos del sueño.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio observacional transversal, descriptivo y analítico. Se realizan encuestas sobre hábitos de sueño a 51 niños entre los 6 y 36 meses vistos en consulta por revisión habitual u otras causas durante los meses de mayo y junio de 2004.

Resultados: Se analizan las respuestas de 51 niños, 29 (56,8%) niñas y 22 (43,2%) niños. Hasta el 50% de los niños mayores de 6 meses duermen en la misma habitación que los padres y un 27,4% comparten con ellos la cama.

Conclusión: Es necesario incluir la revisión sobre los hábitos de sueño en el programa del niño sano.

Palabras clave: Hábitos; Niños; Sueño; Trastornos.

ABSTRACT

Objective: To analyze sleep habits of preschool children for their influence in sleep disorders.

Patients and methods: This is an observational, transverse, descriptive and analytic study. A questionnaire of 51 the children with an age range 6 to 36 months, seen in the

revision or other consultations between May and June of 2004, was filled.

Results: Answers of 51 children, 29 (56,8%) girls and 22 (43,2%) boys were analyzed. 50% of the children sleep in the same room as their parents and 27,4% sleep in the same bed (cosleeping).

Conclusion: It's necessary to include a revision of the sleep habits in child's programme.

Key words: Children; Disorders; Habits; Sleep.

INTRODUCCIÓN

A dormir, igual que a comer, se aprende⁽¹⁾. El sueño como hábito requiere su propio aprendizaje. El ritmo biológico al que se asocia el sueño es la repetición sistemática de un tipo de actividad que realiza nuestro organismo.

En los adultos el ritmo es circadiano (cerca de un día). En los recién nacidos el ritmo biológico oscila entre las 3 y 4 horas (ultradiano). A partir de los tres meses el ciclo se alarga de manera progresiva, siendo el sueño nocturno lo primero que se incrementa. A partir de los 6 meses el ritmo biológico debería ser de 24 horas, estableciéndose ya un descanso nocturno que, en condiciones normales, sería de 12 horas de un tirón. Este reloj biológico, controlado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, se activa cuando se ponen a funcio-

Correspondencia: Ángeles Suárez Rodríguez. C/Velázquez, 5, Portal 9-8º A. 24004 León.

Correo electrónico: angeles@amaseg.com

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Enero 2005

nar adecuadamente los estímulos externos: hábitos de sueño, horario de comidas, ciclo de luz (día) / oscuridad (noche).

De todos estos factores externos, el que con más frecuencia puede fallar es el de los hábitos⁽²⁾.

Los llamados trastornos del sueño: insomnio inicial o tardío, fobia al acostarse, angustias nocturnas... se han relacionado con procesos, como la atopia⁽³⁾, temperamento del niño⁽⁴⁾ y alteraciones de los hábitos⁽⁵⁾. Estos trastornos producen estrés familiar y disfunciones en los niños en edad escolar⁽⁶⁾.

El trastorno más frecuente es el insomnio infantil por hábitos incorrectos⁽⁵⁾, pudiendo afectar hasta un 30% de los niños entre 6 meses y 5 años. Son niños que se despiertan asiduamente por la noche y reclaman la presencia de los padres para dormirse. El tratamiento es la reeducación.

De ahí la importancia que tiene la adquisición de buenos hábitos ya en las primeras etapas del desarrollo.

Para poder educar sobre el sueño se hace necesario conocer cómo duermen nuestros niños. Así, se podrá actuar mejor sobre todo aquello que precise ser cambiado o mejorado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional transversal, descriptivo y analítico, cuyo objetivo es conocer los hábitos de sueño de la población preescolar correspondiente a cuatro zonas de salud de ámbito rural.

Durante los meses de mayo y junio del 2004 se realizó una encuesta sobre hábitos de sueño a 51 niños entre 6 y 36 meses, vistos en consulta por revisión habitual o por otras causas. Los niños no tenían antecedentes de enfermedades neurológicas ni consultaban por problemas relacionados con el sueño. Se excluyeron del estudio los niños con patología crónica, asmáticos en su mayoría, por afectar este trastorno a la calidad del sueño.

Se utilizó la encuesta ya aplicada en sus estudios por la Unidad de Sueño de Valencia⁽⁷⁾, con preguntas cerradas de opción múltiple y respuesta única (Tabla I). La participación en el estudio fue en todos los casos voluntaria y confidencial. La encuesta, realizada al final de las consultas, fue cubierta siempre por la misma persona.

Se excluyeron del estudio los lactantes menores de 6 meses en los que el ritmo biológico del sueño con la pausa nocturna de 12 horas podría no haberse establecido.

Se excluyeron también los mayores de 36 meses, edad a la que empieza la escolarización con el consiguiente cambio de hábitos.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta a 51 niños con una edad media de 16 meses, de los cuales 29 fueron niñas (56,8%) y 22 niños (43,2%).

La totalidad de los niños son cuidados por sus padres, siendo ayudados en estas tareas por los abuelos 11 niños (21,5%).

El período de lactancia materna fue menor de 4 meses en 32 niños (62,7%), de 4 a 12 meses en 18 (35,2%) y mayor de 12 meses en un niño (2,1%).

Del total de niños encuestados, 38 duermen en cuna (74,5%) y 13 lo hacen en cama individual (25,5%).

Se duermen con la luz apagada 43 niños (84,3% del total), frente a 8 niños (15,7%) que lo hacen con la luz encendida.

Comparten habitación con los padres 28 niños (55%) y duermen fuera de la habitación de los padres 23 (45% del total).

De los 23 niños que duermen solos, 12 abandonaron la habitación de los padres antes de los 6 meses (52,1%), 6 hicieron entre los 6 y 12 meses (26%) y 5 lo hicieron con más de un año (21,9%) (Fig. 1).

De los 28 niños que duermen con los padres, el 50% (14/28) son menores de un año y el otro 50% (14/28) son mayores de un año.

Se acuestan en la cama con los padres para conciliar el sueño 14 de los 51 niños encuestados (27,4%), frente a 37 (72,6%) que no lo hacen (Tabla II).

Refieren ronquido nocturno 14 (27,4%) de los 51 niños del estudio, siendo roncadores habituales un 35,7% de ellos.

Se acuestan antes de las 11 de la noche el 84% de los niños (43/51) y se duermen antes de transcurridos 20 minutos desde que se acuestan 40 niños del total (78,4%); el resto lo hace pasados más de 20 ó 40 minutos.

Se despiertan por la noche 26 de los 51 niños (51% del total), frente a 25 niños (49%) que no lo hacen (Tabla III). De los 26 niños que se despiertan, un 84% lo hace menos de 4 veces en la noche. La duración de estos despertares es menor de 5 minutos en un 77% del total (20/26).

TABLA I. ENCUESTA SUEÑO

Edad:	Fecha nacimiento:	Domicilio:	Rural	Urbano
¿Quién cuida al niño?:	Padres	Abuelos	Niñera	Otros
¿Padece alguna enfermedad crónica?	Sí. ¿Cuál?:	No		
¿Le dio el pecho?	Sí. Tiempo:	No		
AMBIENTE DEL SUEÑO				
Tipo de cama	Individual	Compartida	Litera	Cuna
¿Se acuesta con luz apagada?		Sí	No	
¿A qué edad dejó la habitación de los padres?:				
¿Duerme con otras personas en la habitación que no sean los padres?:		Sí	No	
RITUAL DEL SUEÑO				
¿Lo acuesta despierto?		Sí	No	
¿Se acuesta en la cama paterna y luego en la suya?		Sí	No	
¿Se acuesta un rato con él?		Sí	No	
¿Se acuesta succionando biberón?		Sí	No	
¿Se acuesta succionando chupete?		Sí	No	
¿Le alimenta durante la noche?		Sí	No	
¿Le relata una historia?		Sí	No	
¿Le deja acompañamiento de música?		Sí	No	
¿Ronca?		Sí: Siempre A veces	No	
¿Cuánto tiempo pasa hasta que se duerme?		< 20 min	20-40 min	> 40 min
Horas de acostarse	Laborables	9-10	10-11	>11
	Festivos	9-10	10-11	>11
Se despierta por la noche	Sí: Menos de 4 veces Más de cuatro veces	No		
Duración del episodio	< 5 minutos	> 5 minutos		
Motivo aparente	Sed/ hambre	Orina	Otros (chupete)	
Hora de despertar matutino	Laborable	Antes de las 9 Después de las 9		
	Festivo	Antes de las 9 Después de las 9		
Tiempo despierto en cama	< 30 minutos	> 30 minutos		
Estado de ánimo	Alegre	Llorón		
Siestas de día	Laborables	Menos de 1 hora	Más de 2 horas	
	Festivos	Menos de 1 hora	Más de 2 horas	

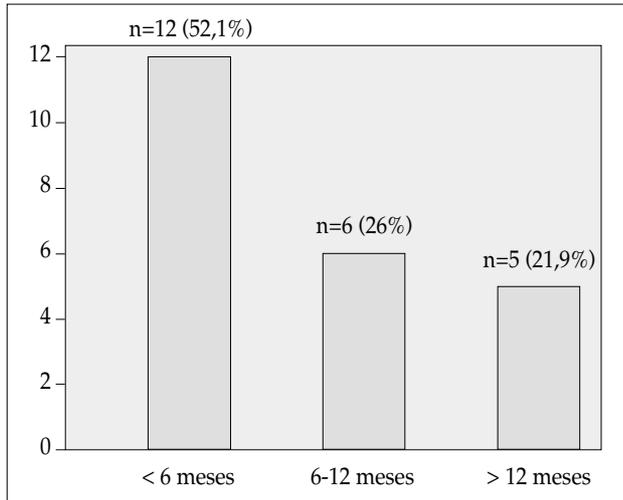


Figura 1. Edad a la que abandonan la habitación de los padres.

TABLA III. RITUAL DEL SUEÑO. RESULTADOS

Ritual del sueño	Total (%)
Despertar por la noche	
Sí:	26 (51%) < 4 veces: 22 (84,6%)
No:	25 (49%) >4 veces: 4 (15,4%)
Duración del despertar	
< 5 minutos	20 (77%)
> 5 minutos	6 (23%)
Motivo aparente	
-Sed/hambre	10 (38,4%)
-Otros (chupete):	16 (61,6%)

El motivo aparente por el que se despiertan es para beber y/o comer en un 38,4% de los casos y por otras causas (chupete) en un 61,6%.

Se acuesta antes de las 9 de la noche un número de niños (25/51) similar al de los que se acuestan después de esta hora (26/51).

Los padres responden que sus hijos se despiertan alegres en el 92% de las encuestas revisadas (47/51).

DISCUSIÓN

La prevención⁽⁸⁾ es una parte muy importante de la actividad a desarrollar en el ámbito de la atención primaria. Las

TABLA II. AMBIENTE Y RITUAL DEL SUEÑO. RESULTADOS

Ambiente y ritual del sueño	Total (%)
Duermen con los padres	28/51(55%)
Niños de 6 a 12 meses	14 (50%)
Niños mayores de 12 meses	14 (50%)
Duermen fuera de la habitación de los padres	23/51 (45%)
Desde antes de los 6 meses	12 (52,1%)
Entre 6 y 12 meses	6 (26%)
Mayores de 12 meses	5 (21,9%)
Acostarse despierto	
Sí:	39 (76,4%)
No:	12 (23,6%)
Se acuestan en cama paterna	
Sí:	9 (17,6%)
No:	42 (82,4%)
Comparten cama con los padres	
Sí:	14 (27,4%)
No:	37 (72,6%)
Roncan	
Sí: 14 (27,4%)	A veces: 9/14 (64,3%)
No: 37 (72,6%)	Siempre: 5/14 (35,7%)

alteraciones del sueño son los problemas más frecuentes entre los trastornos del comportamiento⁽⁹⁾. El diagnóstico precoz de los trastornos del comportamiento no es siempre fácil y requiere que existan protocolos adecuados^(10,11). Los objetivos se orientan, habitualmente, a la adquisición de hábitos saludables, reducción de morbilidad y mejora de la calidad de vida.

El programa de atención al niño sano contempla diversas normas técnicas, entre las que se incluyen una revisión del patrón de sueño sin profundizar en items, como edad de abandono de la habitación de los padres, colecho (compartir cama con los adultos), existencia de despertares nocturnos, etc.

Parece no ser suficiente la educación para la salud en lo que se relaciona con los hábitos del dormir⁽¹²⁾.

Estudios sobre las conductas de los niños a la hora de acostarse ya han sido realizados por distintos autores^(3,7), llegando a conclusiones similares a las que se presentan en esta revisión.

Hasta el 55% de los niños encuestados duermen con los padres habiendo cumplido los 6 meses.

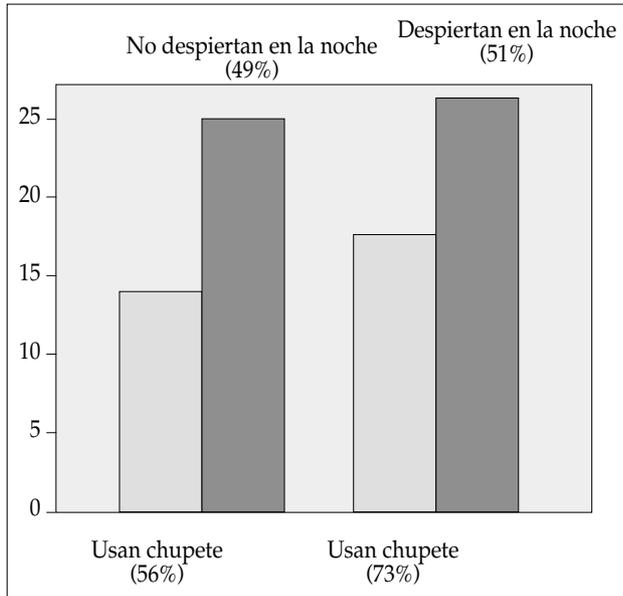


Figura 2. Uso del chupete en los despertares nocturnos.

Hay un porcentaje considerable de niños (27,4%) que comparten la cama con los padres. Se sabe que es clara la relación del colecho con los trastornos del sueño⁽¹³⁾.

El ronquido nocturno (hasta un 29% de los niños) debe ser tenido en cuenta⁽⁶⁾ a la hora de revisar los hábitos de sueño, pues se acompaña, con frecuencia, de apneas obstructivas que obligan a una valoración de tratamiento quirúrgico.

La mitad de los niños encuestados se despiertan por la noche, siendo despertares de escasa duración en su mayoría y relacionados, generalmente, con la demanda de atención por parte del niño (chupete). Este resultado es similar al publicado⁽⁷⁾ por el Dr. Arboledas para una población de 240 niños de edades comprendidas entre los 6 y 12 meses. Esta situación es la que plantea problemas con mayor frecuencia, pues no es siempre fácil que los padres mantengan una actitud firme y tranquilizadora.

En el despertar nocturno no parece influir el que los niños se acuesten despiertos o dormidos (datos no presentados), pero de los resultados se desprende que, entre los niños que se despiertan por la noche es más frecuente la utilización de chupete (73%) que entre los niños que no se despiertan o que si se despiertan son capaces de conciliar el sueño por sí solos (56%) (Fig. 2).

Dormirse con la luz apagada evita que el niño en sus despertares nocturnos se asuste. Parece que dormirse con el chupete favorece que los niños lo reclamen para volver a conciliar el sueño. Conviene replantearse la utilización del chupete como “ayuda” para dormir entre los lactantes.

Teniendo en cuenta que en los menores de un año las revisiones son muy frecuentes, podría favorecerse la adquisición de buenos hábitos para el sueño entre las actividades preventivas que realizamos.

Se reforzarían normas a recordar como: establecimiento de rutinas para acostar a los niños (baño, cena, descanso afectivo y cama); no acostar al niño dormido (excepción de los lactantes menores de 4 meses que se duermen con las tomas); no dormirlo en brazos; no dormir en la misma cama de los padres, pues existe alto riesgo de sofocación; abandonar la habitación de los padres a partir del cuarto mes de vida.

La higiene del sueño sería, así, una norma a revisar en los controles periódicos que realizamos a nuestros niños, muy especialmente en la edad preescolar, por ser una etapa en la que los buenos hábitos son más fáciles de conseguir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estivill E, Doménech M. Duérmete niño. 2ª ed. Barcelona: Ed. Debolsillo; 2003.
2. Estivill E, Doménech M. Vamos a la cama. 2ª ed. Barcelona: Ed. Debolsillo; 2003.
3. Ortiz Gordillo. Estudio de los trastornos del sueño en los niños atendidos en un centro de salud. *Vox paediatrica* 2002; 10 (1): 47-8.
4. Atkinson E, Vetere A, Crayson K. Sleep disruption in young children. The influence of temperament on the sleep patterns of preschool children. *Children Care Health Dev* 1995; 21 (84): 233-46.
5. Masalán P, González R, Sequeida J, Mesa T, Rodríguez J. Hábitos de sueño y condiciones generales en que duermen escolares de segundo ciclo básico. www.tone.udea.edu.co/revista/sep99/habitos/htm.
6. Estivill E. Situación actual de los trastornos del sueño en niños. *Revista de Pediatría de Atención Primaria* 2002; 16 (4): 11-3.
7. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A, Borja Paya F. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 247-52.

8. Buela Casal G, Sierra JC. Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide; 1994.
9. Blum NJ, Carey WB. Trastornos del sueño en lactantes y niños pequeños. *Pediatrics in review* 1996; **17**: 123-8.
10. García-Tornel S, Calzada EJ, Eyberg SM, Mas JC, Vilamala C, Baraza C, et al. Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1998; **48** (5): 475-82.
11. Stores G. Practitioner review: assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. *J-Child-Psychol-Psychiatry* 1996; **37**: 907-25.
12. Pin Arboledas G. Alteraciones del sueño en el niño: enfoque desde la asistencia primaria. www.neurologia.rediris.es/congreso-1/son-1.html.
13. Rath FH Jr, Okum ME. Parent and children sleeping together: Cosleeping prevalence and concerns. *Am J Orthopsychiatr* 1995; **65**: 411-8.

Original

Nefropatía por reflujo. Estudio de 15 años

M.C. SAURA HERNÁNDEZ, M. MORELL CONTRERAS, J. FLORÍN YRABIÉN, Y. DÍAZ CALDERÍN,
D.P. DURÁN CASAL, G. GONZÁLEZ OJEDA, N. CAMPAÑÁ COBAS

Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana". Santa Clara. Villa Clara. Cuba

RESUMEN

Introducción: La nefropatía por reflujo (NFR), constituye la complicación más importante del reflujo vesicoureteral (RVU).

Material y método: Se estudiaron retrospectivamente 200 pacientes con RVU en un período de 15 años, en ellos se determinó el tiempo en que apareció la proteinuria, la hipertensión arterial (HTA), tipo de cicatriz y de reflujo.

Resultados: El 9% de la serie estudiada (18 pacientes) evolucionaron a la nefropatía por reflujo, todos estos pacientes tenían RVU de alto grado y cuadros recurrentes de infección del tracto urinario (ITU), el 72,2% evolucionó a la NFR antes de los 5 años de evolución del RVU y de ellos el 76,1% tenían RVU secundario. La proteinuria se observó en el 100% de los casos, asociado, en ocasiones, a la HTA.

Conclusiones: La presencia de cicatrices renales bilaterales en pacientes con reflujo vesicoureteral de alto grado, con infecciones urinarias recurrentes, unido a malformaciones del tracto urinario, representan los factores fundamentales que se relacionan con la aparición de la nefropatía de reflujo; constituye la proteinuria un elemento precoz y constante en pacientes que desarrollan una nefropatía por reflujo, la cual, unida a la hipertensión arterial, constituye un riesgo importante en el deterioro de la función renal en estos pacientes.

Palabras claves: Reflujo vesicoureteral; Nefropatía por reflujo; Insuficiencia renal crónica.

ABSTRACT

Introduction: Reflux nephropathy (RN) is the main complication of vesicoureteral reflux (VUR).

Material and methods: A retrospective study of 200 patients with VUR was made during 15 years. The time when proteinuria appeared, arterial hypertension, kind of scar and of reflux were determined.

Result: Nine percent of the patients (18 individuals) developed RN, all of them had high grade VUR and also had frequent episodes of urinary tract infections (UTI). Seventy two percent of patients developed RN during the first five years after the diagnosis of VUR and 76.1% of them had secondary VUR. Proteinuria was observed in 100% of patients and it was accompanied by arterial hypertension in some patients.

Conclusions: Bilateral renal scars in patients with high grade VUR, recurrent UTI associated to urinary tract malformations are the main risk factors for the developing of RN. Proteinuria is a constant and early element in patients with RN, and together with arterial hypertension are risk factors for the deterioration of renal function in these patients.

Key word: Vesicoureteral reflux; Reflux nephropathy; Chronic renal failure.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Saura Hernández. C/ Oria, 32 entre C. Central y P. Independencia. Rpto Virginia. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. *Correo electrónico:* nefroped@hped.vcl.sld.cu
Recibido: Junio 2004. *Aceptado:* Enero 2005

INTRODUCCIÓN

El desarrollo embriológico del riñón y de las vías urinarias es un proceso biológico de extraordinaria complejidad, determinado genéticamente^(1,2); diversos factores pueden afectar su desarrollo normal, lo cual explica que, aproximadamente el 40% de las anomalías congénitas de la especie humana se localicen en el tracto urinario y que el 10% de todos los seres humanos nazca con algún tipo de estas anomalías⁽³⁾. El Reflujo vesicoureteral (RVU) es la malformación congénita del tracto urinario más frecuentemente diagnosticada. Actualmente se plantea que el RVU tiene una presentación familiar, con un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia variable, donde el antígeno HLA B12 constituye un marcador genético^(1,4,5). Se considera que mutaciones en el gen Pax 2 intervienen en la aparición del RVU y que alteraciones del gen de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), constituye un factor de riesgo de progresión de la NFR en estos pacientes⁽⁶⁻⁹⁾.

Existen varias teorías que tratan de explicar como el RVU puede provocar daño renal irreversible.

Primera teoría: RVU intraútero, obstrucción funcional, displasia renal.

Durante la vida intrauterina los mecanismos de daño renal suceden en ausencia de infección. El RVU congénito se produce como resultado de un fallo en la embriogénesis, que puede estar determinado genéticamente y que resulta en una posición ectópica del uréter, comprometiendo el desarrollo normal del riñón, el cual depende del efecto estimulador que la yema ureteral ejerce sobre el blastema meta-néfrico al unirse al mismo durante la nefrogénesis, provocando, finalmente, la formación de riñones displásicos^(4,5). Este factor puede ser mayor en los varones, que tienen en la vida intrauterina, mayor presión vesical, secundaria a la mayor longitud de la uretra⁽⁷⁾.

Segunda teoría: El reflujo estéril y su efecto concomitante en martillo de agua.

Teoría propuesta por Hodson en 1960⁽⁶⁾, quien demostró que con presiones de 35 mmHg se produce reflujo intrarrenal, lo cual sucede en el RVU grave, con lo cual puede producirse ruptura de conductos y túmulos con extravasación de orina en el parénquima renal. Se ha identificado la proteína de Tamm-Horsfall en el tejido intersticial, esta

glicoproteína de origen tubular puede actuar como auto-antígeno, estimulando la respuesta inmune, lo que provoca la liberación de interleuquinas, factor de necrosis tumoral, radicales libres lo cual provoca la muerte celular^(1,4).

Tercera teoría: Reflujo intrarrenal de orina infectada: la lesión del parénquima parece ser favorecida por la presencia del reflujo intrarrenal. Con la llegada del germen a este nivel se desencadena una respuesta inmune con liberación de sustancias proinflamatorias: IL1, IL6, factor de necrosis tumoral, radicales libres, que unidas al efecto tóxico de los superóxidos, producidos durante la reperusión, son los responsables de la muerte celular y la formación de cicatrices renales⁽¹⁰⁾.

Existe un número de pacientes en los que se ha documentado la existencia de cicatrices renales en ausencia de reflujo⁽¹¹⁾. En estos casos la virulencia bacteriana se incrementa con la adherencia del germen a los receptores específicos existentes en el uroepitelio, hasta alcanzar el parénquima renal sin necesidad de reflujo. Algunas cepas de *E. coli* son capaces de alterar la motilidad del uréter, creando una parálisis funcional con un gradiente de hasta 35 mm de Hg lo que posibilita la aparición de reflujo intrarrenal, sin que exista por uretrocistografía miccional un reflujo vesicoureteral.

Recientemente se ha planteado un mecanismo común del desarrollo de la hipertensión arterial y del deterioro de la función renal en pacientes con nefropatía de reflujo, en estos pacientes puede estar alterada la hemodinamia intrarrenal o glomerular, mediado, al menos en parte, por el sistema renina angiotensina-aldosterona. La angiotensina II, además de su efecto vasoconstrictor sobre la arteriola eferente, favorece la liberación de sustancias proinflamatorias y disminuye la capacidad de selectividad de la membrana basal glomerular⁽¹²⁾.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 200 pacientes con el diagnóstico de reflujo vesicoureteral, con seguimiento en el Hospital Pediátrico de Centro Habana, en el período comprendido desde enero de 1985 hasta diciembre de 2000. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes, precisando, entre otros, los siguientes datos: edad al diagnós-

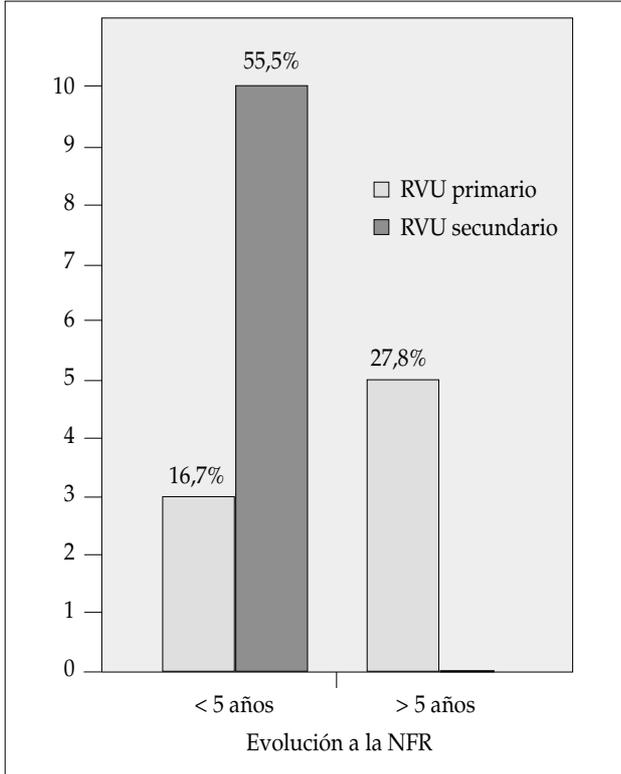


Figura 1. Relación entre el tipo de RVU y la NFR.

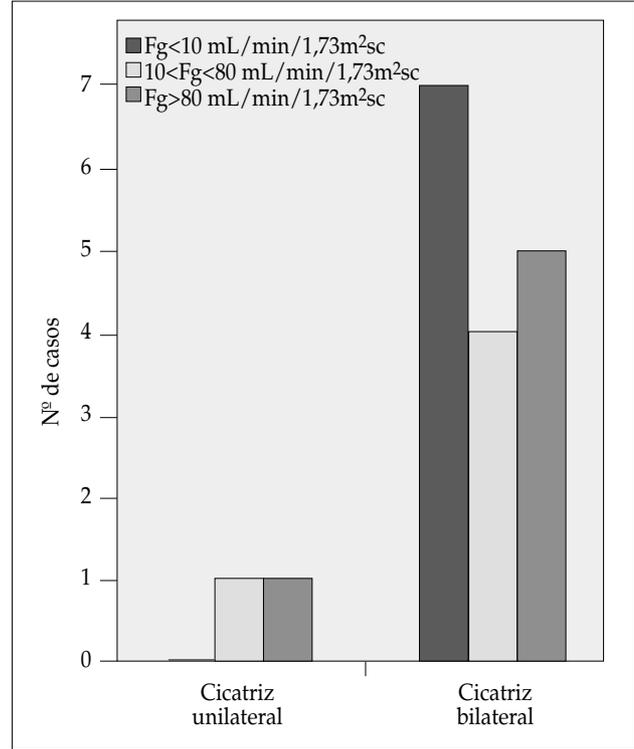


Figura 2. Localización de la cicatriz parenquimatosa y deterioro de la función renal.

tico, grado del reflujo y etiología del mismo, así como número de episodios de infección del tracto urinario, presencia de cicatrices renales, tiempo de aparición de la proteinuria, de la hipertensión arterial y de la disminución del filtrado glomerular, en relación a la edad en que fue diagnosticado el RVU en los diferentes pacientes. Se utilizó la clasificación en grados de RVU, según el Comité Internacional de estudio de reflujo, el cual lo divide en 5 grados:

- Grado I: el contraste alcanza el uréter solamente.
- Grado II: alcanza la pelvis y los cálices sin dilatación.
- Grado III: dilatación moderada de pelvis y uréter, sin dilatación de cálices.
- Grado IV: moderada dilatación de los uréteres, cálices y pelvis.
- Grado V: dilatación importante de uréter, pelvis y cálices con desestructuración de los mismos.

Se consideró RVU primario el que no está asociado con disfunción neuromuscular o fenómeno obstructivo, y secundario al que se acompaña de este tipo de alteraciones anatómicas y/o funcionales.

Los datos fueron procesados estadísticamente por el método del valor porcentual.

RESULTADOS

La figura 1 representa los 18 pacientes que desarrollaron la NFR (9% de la serie estudiada), todos portadores de RVU bilateral y de alto grado, diagnosticados durante el primer año de vida. De ellos, 13 (72,2%) debutaron con la NFR antes de los 5 años de evolución, de los cuales 10 (76,1%) eran portadores de RVU secundario. Resulta interesante señalar que, en nuestra serie se incluyen 2 niños que presentaban, además del RVU grado II-III, un síndrome nefrótico congénito, de ellos uno fallecido y el segundo con insuficiencia renal crónica (IRC) grado 3, determinado por tener un FG entre 30 y 10 mL/min/1,73 m²sc.

El grado de deterioro de la función renal relacionado con la localización de la cicatriz se muestra en la figura 2, donde existió un predominio de la afectación renal bilate-

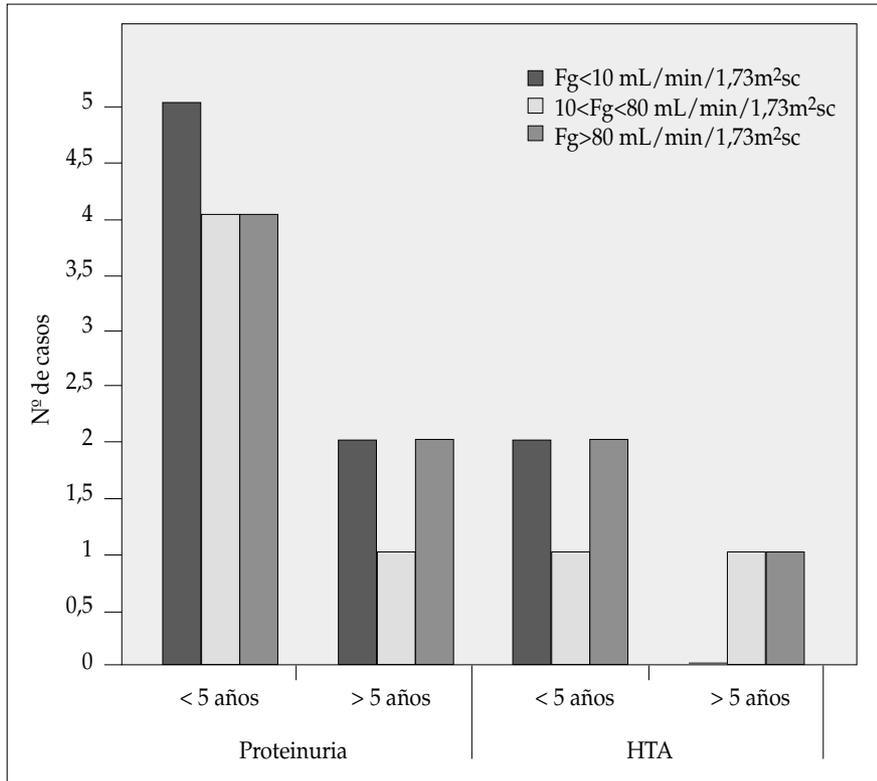


Figura 3. Influencia de la proteinuria y de la HTA en el daño renal.

ral (88,8%), constatándose en 7 pacientes (38,8%) un filtrado glomerular (FG) inferior a 10 mL/min/1,73 m²sc, el 22,2% (4 casos) tenían Fg entre 10 y 80 mL/min/m²sc y en 5 pacientes (27,7%) el Fg fue superior a 80 mL/min/1,73 m²sc. En dos pacientes se diagnosticaron cicatrices renales unilaterales.

La influencia de la proteinuria y de la HTA en la progresión del daño renal, resulta bien aceptada. En 18 pacientes que desarrollaron una NFR, se encontró la proteinuria como elemento constante, presentándose antes de los 5 años de evolución en 13 pacientes (70,2%) (Fig. 3). El 33,3% de los pacientes presentó cifras elevadas de tensión arterial, de ellos 5 debutaron con la HTA antes de los 5 años de evolución de la NFR.

El 5% de los pacientes con RVU estudiados tenía un RVU secundario, de ellos 6 (3% de la serie) obedecían a una valva de uretra posterior, de los cuales 4 (66,6%) tenían un FG inferior a 10 mL/min/1,73 m²sc, un paciente tenía asociado un divertículo vesical. Las disfunciones vesicales se presentaron en 4 pacientes, de los cuales 2 tenían una IRC grado III.

Los factores que se asocian con el desarrollo de la NFR se presentan en la figura 4. El 100% de los pacientes tenían un RVU de alto grado, de ellos 17 (94,4%) con antecedentes de episodios recurrentes de ITU; 10 pacientes presentaron un RVU secundario; de ellos 6 niños no tuvieron respuesta adecuada al tratamiento quirúrgico realizado.

DISCUSIÓN

Resulta bien conocida la relación existente entre RVU de alto grado y NFR, asociada o no a ITU. Se considera que los riñones con RVU de alto grado tienen un riesgo tres veces superior de desarrollar cicatrices renales que los que tienen un RVU leve, porque en ellos la posibilidad de reflujo intrarenal es mayor, así como los episodios de ITU recurrentes^(5,13,14). Este riesgo se incrementa cuando el RVU es secundario, en estos casos existe un sustrato anatómico importante para desarrollar un RVU de alto grado, y donde se hace necesario un tratamiento específico de la causa desen-

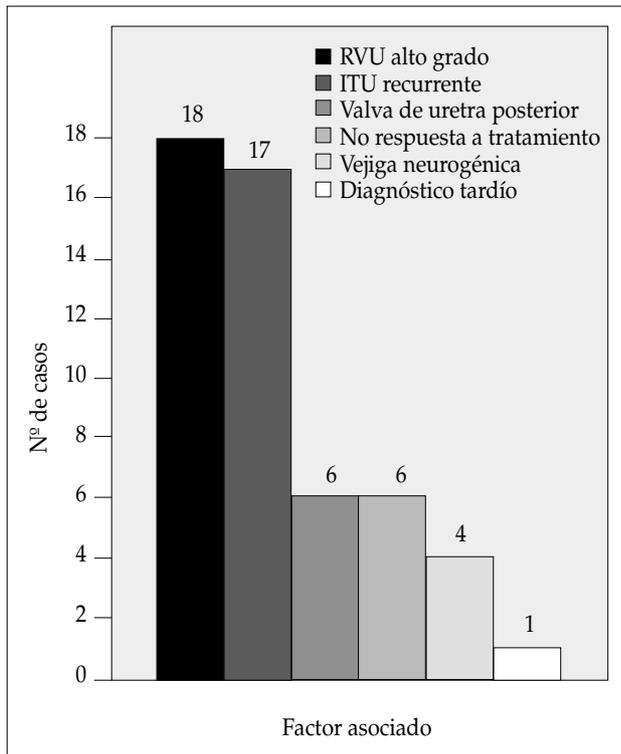


Figura 4. Factores que se asocian con el desarrollo de nefropatía por reflujo.

cadenante^(4,5). La ausencia de procesos infecciosos del tracto urinario no evita completamente el desarrollo de cicatrices renales, éstas se pueden producir con orinas estériles en pacientes con RVU de alto grado^(1,3,4). En los pacientes estudiados, el 72,2% debutaron con la NFR antes de los 5 años, de los cuales el 76,1% eran portadores de un RVU secundario. Una paciente, portadora de una vejiga neurogénica, se mantuvo sin manifestaciones clínicas de ITU y se diagnosticó a los 13 años, cuando ya tenía un FG inferior a 10 mL/min/1,73 m²sc, consideramos que en esta niña el reflujo intrarrenal de orinas estériles, mantenido durante años fue la causa fundamental que la llevó al deterioro de la función renal. Hondson y Rausley⁽⁵⁾ han demostrado que pueden existir lesiones de NFR en presencia de RVU de orinas estériles, siempre que existan presiones intravesicales elevadas.

El grado de afectación de la función renal en la NFR suele relacionarse con la intensidad y extensión de las cicatrices parenquimatosas. La evolución a la IRC terminal se presenta con mayor frecuencia en pacientes con

cicatrices bilaterales, aunque en la actualidad se considera que pacientes con afectación unilateral pueden tener compromiso de la función renal; tal vez asociado con la hiperfiltración mantenida que tiene lugar en estos glomerulos intactos del riñón contralateral, y donde en estudios histológicos se ha descrito el patrón de glomeruloesclerosis segmentaria y focal, como respuesta a los cambios hemodinámicos que se producen a ese nivel^(4,5,14). Los resultados obtenidos en nuestra serie coinciden con otros autores^(10,11), existiendo un predominio de las cicatrices renales bilaterales en los pacientes que desarrollan una NFR.

La presencia de cicatrices renales bilaterales en pacientes con reflujo vesicoureteral de alto grado, con infecciones urinarias recurrentes, unido a malformaciones del tracto urinario, representan los factores fundamentales que se relacionan con la aparición de la nefropatía de reflujo. Constituye la proteinuria un elemento precoz y constante en pacientes que desarrollan una nefropatía por reflujo, la cual unida a la hipertensión arterial, constituyen un riesgo importante en el deterioro de la función renal en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eranna LG, Gordillo G. Malformaciones urológicas renales. En: Gordillo G. Nefrología pediátrica. Madrid: Mosby; 1996. p. 133-53.
2. Chernawsky DR, Segueira López ML, Gómez AR. Bases moleculares del desarrollo renal. *Arch Latin Nefr Ped* 2002; **2** (1): 13-29.
3. Glez R. Trastornos urológicos en los lactantes y niños. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Text Book of Pediatrics. 15 ed. Philadelphia: W.B.S Auroders Company; 2000. p. 625-9.
4. Rushton H. Vesicoureteral Reflux and scarring. En: Martin Barrat T, Avner ED, Harmon WE. Pediatric Nephrology. 4 ed. Baltimore: Lippincott Willims and Wilkinss; 1999. p. 851-72.
5. Navarro M, Espinosa L. Nefropatía por reflujo. En: García NV, Santos RF (eds.). Nefrología pediátrica. 1 ed. Madrid: Aula Médica; 2000. p. 221-9.
6. Chertim B, Rolle U, Cascio S, Demot M, O'Brimns, Parkas A, et al. Upregulation of angiotensin II receptors in reflux nephropaty. *J Pediatr Surg* 2002; **37** (2): 251-5.

7. Othomo Y, Nagaoca R, Kaneko K, Hnimda Y, Yan \mashiro Y. Angiotensin converting enzyme gene polymorphism in primary vesicoureteral reflux. *Pediatr Nephrol* 2001; **16** (8): 648-52.
8. Hohenfeliner K, winger AM, Nauroth D, Jul E, Nehls O, Schaefer F. Impact of ACE I/D gene polymorphism on congenital renal malformations. *Pediatr Nephrol* 2001; **16** (4): 356-61.
9. Park HW, Koo Jw, Kim Js, Ha IS, Cheong HI, Chol Y. Association of angiotensin converting enzyme gene polymorphism with reflux nephropaty in children. *Nephron* 2000; **86** (1): 52-5.
10. Dillon MJ, Goomasekera CDA. Reflux nephropaty. *J Am Soc nephrol* 1998; **9**: 2377-83.
11. Rushton. The evaluation of acute pyelonephritis and renal scarring with Tc 99 m- DMSA renal Scintigraphy: evolution. Concepts and future directions. *Pediatr* 1997; **11**: 108-20.
12. Soergel M, Schaefer F. Effect of hypertension on the progression of chronic renal failure in children. *Am J Hypert* 2002; **15** (2): 543-5.
13. Fujimatsu A. Diagnosis of intrarrenal reflux and its role in pathogenesis of reflux nephropathy in children. *Kurume Med J* 2000; **47** (2): 109-14.
14. Jacobson SH, Eklof O, Ericlins L, Wikstadd I, Winberg J. Long term prognosis of post infectious renal scarring in relation to radiological finding in childhood a 27 years follow-up. *Pediatr Nephrol* 1992; **6** (1): 19-24.

Caso clínico

Osteoesclerosis múltiples y simétricas: osteopoiquilia

A.M. ARGUMOSA GUTIÉRREZ, R. SARRALLÉ SERRANO*

*Pediatras de Atención Primaria. Centro de Salud Cudeyo. *Ambulatorio de Puertochico. Cantabria*

RESUMEN

Introducción: La osteopoiquilia es una displasia ósea benigna y asintomática, caracterizada por focos múltiples de esclerosis ósea en epífisis y metáfisis de huesos largos, carpo, tarso y falanges.

Caso clínico: Varón de 13 años al que, por deceleración del crecimiento, se le solicita una radiografía de carpo. En ella aparecen múltiples imágenes de osteoesclerosis redondeadas y bien delimitadas en huesos del carpo y falanges. Antecedentes maternos de síndrome de Buschke-Ollendorf.

Conclusiones: La osteopoiquilia es una displasia ósea benigna de carácter hereditario y de patogenia desconocida. Por ser asintomática, su diagnóstico se realiza, en la mayoría de los casos, de forma accidental. Puede asociarse a lesiones cutáneas, constituyendo el síndrome de Buschke-Ollendorf, así como a síndromes de compresión nerviosa. Raramente maligniza. Su importancia clínica está determinada por la necesidad de conocer esta entidad y evitar investigaciones innecesarias motivadas por una sospecha diagnóstica errónea.

Palabras clave: Osteopoiquilia; Osteopatía condensante diseminada; Síndrome de Buschke-Ollendorf.

ABSTRACT

Introduction: Osteopoikilosis is a benign and asymptomatic bone dysplasia characterized by multiple foci of bone sclerosis in epiphysis and metaphysis of long bones, carpus, tarsus and phalanges.

Clinical case: 13 year old male in whom, due to growth slow-down, carpus X-ray is requested. In it, there are multiple images of osteosclerosis, which are rounded and well-defined, in the carpus and phalanges bones. Maternal background of Buschke-Ollendorf syndrome.

Conclusions: Osteopoikilosis is a hereditary benign bone dysplasia of unknown pathogeny. As it is asymptomatic, its diagnosis is mostly performed by chance. It may be associated to skin lesions, constituting the Buschke-Ollendorf syndrome and to nervous compression syndromes. It rarely becomes malignant. Its clinical importance is determined by the need to know this entity and avoid unnecessary investigations motivated by erroneous diagnostic suspicion.

Key words: Osteopoikilosis; Disseminated condensing osteopathy; Buschke-Ollendorf syndrome.

Correspondencia: Dra. Ana Argumosa Gutiérrez. Centro de Salud Cudeyo. Avda. Calvo Sotelo, 15. 39710 Solares (Cantabria).

Correo electrónico: anaargumosa@eresmas.com

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Enero 2005

INTRODUCCIÓN

La osteopoiquilia u osteopatía condensante diseminada es una displasia ósea benigna y asintomática, caracterizada por focos múltiples de esclerosis ósea, que aparecen con mayor frecuencia en las epífisis y metáfisis de los huesos largos, pelvis, carpo, tarso y falanges y raramente en el cráneo, columna vertebral, escápula, rótula y clavícula. Los estudios familiares realizados demuestran la existencia de una herencia autosómica dominante⁽¹⁾, aunque su penetrancia puede ser incompleta e incluso se han notificado casos aislados sin antecedentes familiares. Recientemente se ha notificado la existencia de una mutación en el gen LEMD3 en varios casos familiares de osteopoiquilia, melorreostosis y síndrome de Buschke-Ollendorff⁽²⁾. El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos de forma accidental, considerándose una incidencia de 1/20.000 radiografías⁽³⁾.

Su importancia clínica no está determinada por su sintomatología ni por sus complicaciones, sino por la necesidad de conocer esta entidad y evitar, así, las arduas investigaciones realizadas bajo una sospecha diagnóstica errónea.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 años, primero de tres hermanos, que acude a revisión rutinaria de salud.

Antecedentes personales: Parto y período neonatal normales. Desarrollo pondoestatural normal. Meningitis linfo-citaria a los 7 años.

Antecedentes familiares: Hermanos sanos. Madre: exéresis de una lesión hiperpigmentada de 1 x 1 cm de diámetro en el primer dedo de la mano derecha compatible con dermatofibrosis lenticular. Intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones por parestesias recurrentes en 4º y 5º dedos de ambas manos de etiología compresiva. Osteocondromas y focos osteodensos redondeados en el tercio distal de ambos fémures y en el tercio proximal de tibias (Fig. 1), así como en las manos. Abuela materna: osteocondromas tibiales.

Exploración: peso: 49,5 kg (p75), talla: 157 (p75). Exploración por aparatos dentro de la normalidad. No lesiones dérmicas.

Exploraciones complementarias: Se solicita radiografía de carpo, para conocer la edad ósea del paciente por enlen-

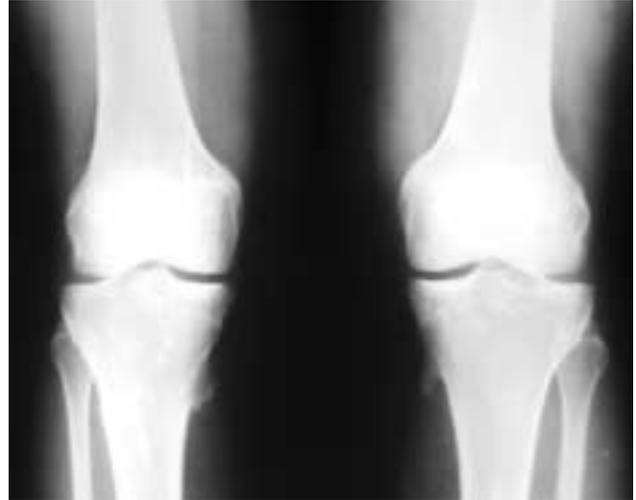


Figura 1. Radiografía de la rodilla de la madre del paciente: focos de esclerosis lenticular en epífisis y metáfisis de fémur, tibia y peroné. Osteocondromas tibiales.

tecimiento de la velocidad de crecimiento, apareciendo múltiples áreas de esclerosis lenticular en ambas manos compatibles con osteopoiquilia (Fig. 2).

COMENTARIOS

Desde que fuera descrita por primera vez en 1916 por Ledoux-Lebard, se han publicado más de 350 casos de osteopoiquilia en la literatura médica.

Aunque se ha sugerido la existencia de alteraciones en el metabolismo del fósforo y del calcio⁽⁴⁾, su patogenia permanece desconocida. La naturaleza difusa de las lesiones, su carácter hereditario y su posible asociación con anomalías cutáneas, sugieren la existencia de una predisposición especial en la que unas particulares condiciones metabólicas del tejido conectivo interactúan con el estrés mecánico que sufre el hueso⁽⁵⁾.

En el 20% de los casos pueden encontrarse lesiones cutáneas asociadas en forma de dermatofibrosis lenticular diseminada^(6,7), constituyendo el síndrome de Buschke-Ollendorff. Asociados a la osteopoiquilia, en la piel aparecen nódulos ligeramente salientes, de color amarillo pálido, redondeados u ovales. Su tamaño oscila entre 1 y 10 milímetros y, aunque pueden aparecer diseminados, predominan en la



Figura 2. Radiografía de carpo del paciente: múltiples áreas de esclerosis ósea compatibles con osteopoiquilia.

cintura escapular, parte posterior de los brazos, glúteos, muslos y región lumbar.

La anatomía patológica demuestra que, la alteración de la piel corresponde a tejido conjuntivo en el que las fibras elásticas presentan agrupaciones de elastina y los fibroblastos contienen material fibrilar anormal en un sistema reticulo-endoplásmático agrandado⁽⁸⁾. La histología de las alteraciones óseas demuestra la existencia de condensaciones focales de hueso laminar dentro de la esponjosa.

Con la edad, los hallazgos óseos tienen tendencia a aumentar en número y densidad⁽¹⁾, siendo poco frecuentes los casos de regresión completa de las lesiones óseas y cutáneas.

Aunque las complicaciones de esta enfermedad son escasas, en la literatura pueden encontrarse descritos varios casos aislados, que indican la posibilidad de una degeneración maligna en forma de osteosarcoma⁽⁹⁾, tumor de células gigantes⁽¹⁰⁾ o condrosarcoma⁽¹¹⁾. Asimismo, la posible existencia

de un tejido conectivo de características especiales, podría justificar los casos descritos de síndromes de compresión de nervios periféricos, generalmente, en pacientes en los que las alteraciones óseas se asocian a las alteraciones cutáneas^(12,13), y la ocasional asociación de la osteopoiquilia con otras enfermedades del tejido conectivo, como el lupus eritematoso diseminado⁽¹⁴⁾, la artritis reumatoide⁽¹⁵⁾ o la fiebre mediterránea familiar⁽¹⁶⁾.

En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se hace de forma accidental, al encontrar en una radiografía focos osteodensos periarticulares de morfología oval o redondeada y tamaño entre 2 y 5 milímetros, distribuidos simétricamente en las epífisis de los huesos largos y en los núcleos de osificación del carpo y del tarso, y con menor frecuencia en rótulas, clavículas, columna vertebral y cráneo. A veces se fusionan, respetando la cortical. Las lesiones no captan el radiotrazador cuando se realizan pruebas de medicina nuclear, lo cual constituye una clave importante para el diagnóstico diferencial con otras patologías. La osteopoiquilia polióstica y simétrica se convierte en lesión patognomónica del síndrome de Buschke-Ollendorf, cuando el paciente presenta las alteraciones papulosas cutáneas.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con:

- Tumores óseos primarios: osteoblastoma benigno, condroblastoma benigno, osteoma osteoide.
- Metástasis óseas de tumores a distancia.
- Focos de osteomielitis crónica.
- Otras osteoesclerosis generalizadas o localizadas⁽³⁾: la *melorreostosis* afecta principalmente a las extremidades inferiores en forma de disimetría, dolor, rigidez y limitación de los movimientos articulares, que requieren, en la mayoría de los casos, tratamiento ortopédico. En la radiología se encuentran densificaciones longitudinales en epífisis, diáfisis y metáfisis, semejantes a los chorrones de cera de una vela. Las manos y los pies no suelen estar afectados. En la *osteopatía estriada* los huesos presentan lesiones osteodensas en forma de estrías longitudinales, que comienzan en la línea epifisaria y se hacen más patentes en las metáfisis, lo que puede verse en el fémur y en la tibia, pero también en las palas ilíacas y en los huesos de las muñecas y manos. Es importante destacar que los pacientes con esta enfermedad, frecuentemente padecen sordera secundaria a otoesclerosis. Aunque existen casos en los que se pueden encontrar

trar imágenes compatibles con osteopoiquilia, melorreostosis y osteopatía estriada, la radiología y las técnicas de medicina nuclear pueden evitar el retraso en los tratamientos ortopédicos y otológicos necesarios en el caso de las dos últimas.

- Mastocitosis.
- Algunas enfermedades esclerosantes: hiperostosis frontal interna, cementoma esclerosante, osteítis condensante del ilíaco.

La osteopoiquilia es una alteración de carácter benigno y asintomático, que no precisa tratamiento local ni general. Sin embargo, es necesario conocerla e integrarla en el diagnóstico diferencial de las imágenes osteodensas múltiples. Olvidar su existencia y sus características radiológicas abocará a una interminable serie de pruebas diagnósticas, y provocará en el paciente una gran aprensión bajo la falsa sospecha de un proceso tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benli IT, Akalin S, Boysan E, Mumcu EF, Kis M, Türcoğlu D. Epidemiological, clinical and radiological aspects of osteopoikilosis. *J Bone Joint Surg Br* 1992; **74** (4): 504-6.
2. Hellemans J, Peobrazhenska O, Willaert A, Debeer P, Verdonk PC, Costa T, et al. Loss of function mutations in LEMD3 results in osteopoikilosis, Buschke-Ollendorff syndrome and melorheostosis. *Nat Genet* 2004; **36**: 1213-8.
3. Cruz M. Osteopoiquilia. En: Cruz M, Bosch J (eds.). Atlas de Síndromes pediátricos. Ediciones ESPAXS; 1998. p. 384-9.
4. Lladó Blanch A, Covas Planells I, Estrach Planella T. Alteraciones del metabolismo fosfocálcico en la osteopoiquilia (Síndrome de Buschke-Ollendorff). *An Esp Pediatr* 1989; **31** (2): 139-41.
5. Lagier R, Mbakop A, Bigler A. Osteopoikilosis: a radiological and pathological study. *Skeletal Radiol* 1984; **11** (3): 161-8.
6. Walpole IR, Manners PJ. Clinical consideration in Buschke-Ollendorff syndrome. *Clin Genet* 1990; **37** (1): 59-63.
7. Al Attia HM, Sherif AM. Buschke-Ollendorff syndrome in a grande multipara: a case report and short review of the literature. *Clin Rheumatol* 1998; **17** (2): 172-5.
8. Reymond JL, Stoebner P, Beni JC, Amblard P. Buschke-Ollendorff syndrome. An electron microscopic study. *Dermatologica* 1983; **166** (2): 64-8.
9. Mindell ER, Northup CS, Douglass HO Jr. Osteosarcoma associated with osteopoikilosis: case report. *J Bone Joint Surg Am* 1978; **60** A: 406-8.
10. Ayling RM, Evans PEL. Giant cell tumor in a patient with osteopoikilosis. *Acta Orthop Scand* 1988; **59**: 74-6.
11. Grimer RJ, Davies AM, Starkie CM, Sneath RS. Chondrosarcoma in a patient with osteopoikilosis. *Rev Chir Orthop* 1989; **75**: 188-90.
12. Colla F, Bruhlmann P, Panizzon R, Michel BA. Osteopoikilosis: skin and joint manifestations. *Z Rheumatol* 1995; **54** (2): 123-7.
13. Megele R, Stosiek N, Kriegel W, Kirzinger T, Dranert E. A case of osteopoikilosis combined with dermal changes and compression syndromes of peripheral nerves. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1991; **129** (5): 465-8.
14. Bicer A, Tursen U, Ozer C, Kaya TI, Dusmez D, Ikizoglu G. Coexistence of osteopoikilosis and discoid lupus erythematosus: a case report. *Clin Rheumatol* 2002; **21**: 405-7.
15. Cazzola M, Caruso I, Montrone F, Sarzi Puttini P. Rheumatoid arthritis associated with osteopoikilosis: a case report. *Clin Exp Rheumatol* 1989; **7**: 423-6.
16. Kavukcu S, Soylu A, Turkmen M, Gunes D, Bora S, Gulay H. A case of osteopoikilosis coexisting with amyloidosis of familial Mediterranean fever. *Pediatr Nephrol* 2003; **18**: 1313-4.

Caso clínico

Torsión aislada de la trompa de Falopio en una niña premenárquica

I. LEDESMA BENÍTEZ, L. CASTAÑÓN LÓPEZ, R. ÁLVAREZ RAMOS, B. HERRERO MENDOZA,
V. ORILLE NÚÑEZ*

*Servicio de Pediatría. *Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León*

RESUMEN

La torsión aislada de la trompa de Falopio es una causa muy rara de dolor abdominal agudo en adolescentes premenárquicas. Suele existir un retraso importante en su diagnóstico tras la aparición de la sintomatología debido a la inespecificidad de la misma, la rareza del cuadro y la búsqueda de otras causas más frecuentes de dolor abdominal agudo.

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años con torsión aislada de la trompa izquierda, que requirió la extirpación de la misma por vía laparoscópica.

Enfatizamos en la importancia de que este cuadro sea tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en mujeres, ya que el diagnóstico y la intervención quirúrgica precoz son fundamentales para la conservación de la trompa.

Palabras clave: Dolor abdominal; Laparoscopia; Torsión; Trompa de Falopio.

ABSTRACT

The isolated Fallopian tube torsion is an infrequent cause of acute abdominal pain among premenarcheal adolescent girls. The diagnosis of this disease after the appearance of the symptoms, is usually delayed because of these symptoms are

inespecific, the disease is really infrequent and the search of other more frequent causes of acute abdominal pain.

This case is about a thirteen years old adolescent girl with isolated torsion of left fallopian tube, that needed the surgical laparoscopic removal.

We want to remark the importance of having in mind this disease in the differential diagnosis of acute abdominal pain in women, because the early diagnosis and surgery are the mainstay for keeping the fallopian tube.

Key words: Abdominal pain; Fallopian tube; Laparoscopy; Torsion.

INTRODUCCIÓN

La torsión de la trompa de Falopio es una causa ginecológica muy rara de dolor abdominal agudo. Y es aún más rara su aparición en niñas premenárquicas. Han sido escasos los casos publicados en la literatura médica, sobre todo en la edad pediátrica⁽¹⁻⁵⁾. La falta de signos clínicos específicos y su similitud con otros procesos que producen dolor abdominal agudo dificulta y retrasa el diagnóstico preoperatorio, lo cual conlleva importantes consecuencias sobre la capacidad reproductiva de nuestras pacientes. La introducción de la laparoscopia en la cirugía ginecológica ha cambiado la aproximación tanto al diagnóstico como al tratamiento de la torsión de la trompa de Falopio^(3,6).

Correspondencia: Dra. L. Castañón López. Servicio de Pediatría. Hospital de León. Altos de Nava s/n. 24071 León.

Correo electrónico: lecitina01@yahoo.es

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Diciembre 2004



Figura 1. Ecografía abdominal: área quística anecoica, de morfología alargada (asterisco), adyacente al anejo derecho (cruz).

Presentamos el caso de una adolescente premenárquica con un cuadro de dolor abdominal agudo secundario a la torsión completa de la trompa izquierda, dando lugar a infarto hemorrágico de la misma, que requirió su extirpación quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Niña de raza blanca de 13 años de edad, premenárquica, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico en FII de 48 horas de evolución irradiado a ingle y rodilla, acompañado de vómitos incoercibles en las últimas 24 horas. No presenta alteraciones en el hábito intestinal.

Como antecedentes personales de interés, había sido ingresada previamente en dos ocasiones en nuestro Servicio por cuadro de dolor abdominal recurrente, siendo diagnosticada en ambas ocasiones de adenitis mesentérica.

En la exploración física destaca: temperatura 36,7° C, afectación leve del estado general, abdomen blando y deprimible, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. En la cadera izquierda, presenta dolor a la movilización, sin limitación ni signos inflamatorios locales. Se palpa adenopatía de menos de 2 cm de diámetro en la región inguinal izquierda.

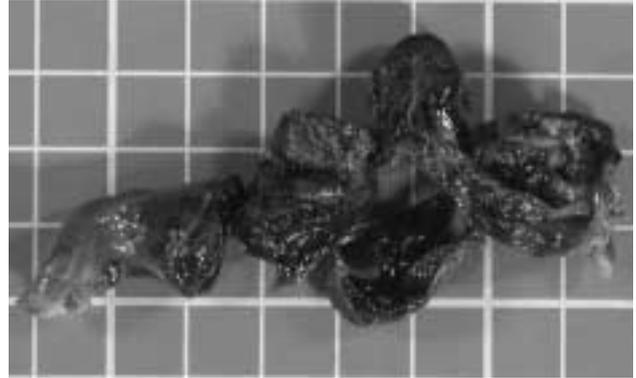


Figura 2. Torsión de la trompa izquierda: imagen macroscópica.

En las exploraciones complementarias presenta hemograma con 11.200 leucocitos/mm³ (91% N, 5% L, 3% M, 1% E), bioquímica con función hepática y sedimento de orina normales. PCR 1,6 mg/dL. Radiografías de abdomen y cadera izquierda normales.

Dada la inespecificidad de la sintomatología se decide ingreso y observación, presentando en las primeras horas varias crisis de dolor abdominal intenso de tipo cólico, con importante sintomatología vegetativa acompañante y sin signos de defensa abdominal, por lo que se realiza ecografía abdominal que demuestra la existencia de una colección de líquido anecoica, próxima al anejo derecho, con un tamaño de 45 x 25 mm, sin líquido libre intraperitoneal y que se acompaña de una imagen tubular no compresible en fosa iliaca derecha. Tanto el útero como el resto de anejos eran normales (Fig. 1).

Se practica laparoscopia exploradora que demuestra la presencia de una trompa izquierda edematosa y necrótica con 2 vueltas de torsión y de un tamaño superior a 7 cm, por lo que se practica salpinguectomía izquierda. El útero, la trompa derecha y ambos ovarios eran normales.

El examen anatomopatológico demuestra la existencia de una trompa con áreas hemorrágicas y necróticas al corte y de una longitud aproximada de 70 mm (Fig. 2). Al examen histológico se observa intenso edema y áreas hemorrágicas en toda la pared de la trompa (Fig. 3). Todo ello confirma el diagnóstico de torsión de trompa izquierda con infarto hemorrágico.

El período postoperatorio fue normal, siendo dada de alta a los cinco días.

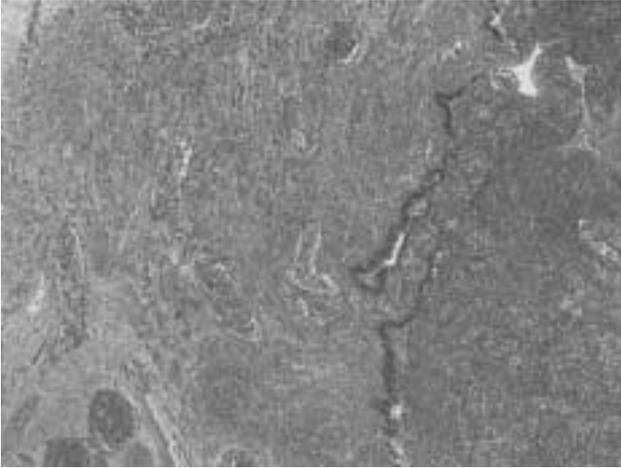


Figura 3. Imagen microscópica: pared de la trompa engrosada e infiltrada por hematíes. Presencia de vasos sanguíneos engrosados. Luz tubular con contenido hemático.

DISCUSIÓN

La torsión aislada de la trompa de Falopio es una causa muy rara de abdomen agudo en las mujeres, siendo aún más infrecuente en niñas premenárquicas. En la literatura médica se describen pocos casos en este grupo de edad, siendo más frecuente en mujeres en edad fértil. Se estima que la incidencia de torsión aislada de la trompa de Falopio es de 1 caso por cada 1,5 millones de mujeres^(7,8).

También se han descrito casos en mujeres embarazadas, así como episodios recurrentes de torsión tubárica⁽⁶⁾.

La torsión tubárica puede tener lugar en trompas previamente afectadas por alguna patología y en trompas sanas. Se describen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos⁽⁶⁾. Entre los **factores intrínsecos** se incluyen: anomalías congénitas de la trompa (recorrido tortuoso o excesiva longitud de la trompa), patología adquirida (hidrosálpinx, hematosálpinx, tumores) y peristalsis anormal. Como **factores extrínsecos** se encuentran alteraciones de los órganos vecinos (adherencias, tumores), embarazo, movimientos o traumas de los órganos pélvicos y congestión pélvica.

La torsión tubárica suele manifestarse clínicamente por dolor en hemiabdomen inferior de aparición súbita, que puede irradiarse a la ingle y al muslo ipsilateral y que tiende a aumentar con el paso del tiempo. Puede acompañarse de sintomatología gastrointestinal y urinaria. En un 50%

de los casos publicados se han descrito cuadros previos de dolor abdominal inespecífico, que podrían corresponder a episodios de torsión tubárica que se resuelven espontáneamente, como podría ocurrir en nuestra paciente⁽²⁾.

La palpación abdominal suele ser dolorosa en la zona afectada y en muchos casos se observa defensa voluntaria a la misma. En la exploración vaginal, se puede hallar una masa adyacente a los anejos, dolorosa a la palpación^(6,9).

Se ha descrito que la torsión tubárica derecha es más frecuente que la izquierda con una ratio 2:1. Esto puede deberse al hecho de que aquellos episodios de dolor en fosa ilíaca derecha suelen ser explorados quirúrgicamente con mayor frecuencia que los del lado izquierdo, para excluir apendicitis. Además, los anejos izquierdos están parcialmente fijados por el colon sigmoide^(10,11).

Debido a la inespecificidad de la sintomatología clínica y a la rareza del cuadro, esta patología no se suele tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en niñas premenárquicas, y que incluye apendicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, ruptura de quiste ovárico, cólico renal e incluso torsión ovárica^(6,7,9,11).

Como ya hemos mencionado previamente, el diagnóstico preoperatorio de esta entidad se realiza en muy pocos casos. Los hallazgos analíticos pueden ser inespecíficos, aunque la mayoría suele presentar leucocitosis.

En el diagnóstico de esta entidad, se ha descrito la importancia de la ecografía abdomino-pélvica y del Doppler color. Los hallazgos ecográficos de la torsión tubárica incluyen la existencia de una masa quística elongada, con presencia de ecos dispersos en su interior, que en su unión con el cuerno uterino, presenta forma afilada. En el Doppler nos encontramos con ondas de alta impedancia que se acompañan de inversión de la onda diastólica en la trompa afectada. Todos estos hallazgos deberían incrementar la sospecha clínica de torsión aislada de la trompa de Falopio, especialmente si el ovario ipsilateral es visible en la ecografía y con una apariencia normal^(6,12,13).

Recientemente se ha descrito la utilidad de la tomografía axial computarizada (TAC) en el diagnóstico de la torsión tubárica, ya que proporciona información adicional que puede ser útil, tanto para el diagnóstico, como para la intervención quirúrgica. La presencia de una masa de baja densidad que desplaza el útero y el recto, circundada por el ligamento ancho ipsilateral, que se encuentra engrosado, junto

con cambios inflamatorios alrededor de dicha masa son imágenes características de la torsión de anejos en la TAC^(14,15).

El tratamiento de la torsión de la trompa de Falopio va a depender del estado en que se encuentre la trompa en el acto quirúrgico. La presencia de una trompa viable indicará la realización de la detorsión de la trompa afectada por vía laparoscópica y la posterior fijación de la misma en su zona habitual, para prevenir recurrencias posteriores. En cambio, si la trompa aparece gangrenada y necrótica, como ocurrió en nuestra paciente, se procederá a la salpinguectomía^(3,6).

La trompa contralateral debe ser examinada cuidadosamente, confirmando su viabilidad, especialmente en aquellas mujeres que mantienen deseos reproductivos. Hay controversias en la literatura acerca del anclaje profiláctico de la trompa contralateral, sobre todo, si existen algunos de los factores de riesgo para la torsión indicados anteriormente⁽⁹⁾. Hay autores que desestiman esta opción, ya que la torsión bilateral es rara y suele tener lugar de forma simultánea y no secuencialmente⁽²⁾. La extirpación del ovario ipsilateral no está indicada en aquellos casos de torsión tubárica aislada.

Spigland y colaboradores demostraron que, desde la aparición de los primeros síntomas hasta el ingreso hospitalario existía un retraso de 5,2 días como media. Y desde la primera consulta al médico hasta la intervención quirúrgica se estimó una media de 30,2 horas⁽¹⁶⁾.

Por ello, es fundamental tener en cuenta a esta patología en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en mujeres, ya que el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz aumentará las posibilidades de conservación de la trompa afectada, lo cual debe ser muy tenido en cuenta en aquellas pacientes que quieran mantener deseos reproductivos y, especialmente en niñas prepúberes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, Mordehai J, Finaly R. Isolated torsion of the fallopian tube in premenarcheal girls. *J Pediatr Surg* 1994; **10**: 1384-5.
2. Weir CD, Brown S. Torsion of the normal fallopian tube in a premenarcheal girl: a case report. *J Pediatr Surg* 1990; **25**: 685-6.
3. Huang FJ, Chang SY, Lu YJ. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in a premenarcheal girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; **6**: 209-11.
4. Adekanmi OA, Barrington JW, Edwards G, Farrell D. Isolated torsion and haemorrhagic infarction of a normal fallopian tube in an eleven year old girl. *BJOG* 2000; **107**: 1047-8.
5. Thonell SH, Kam A, Resnick G. Torsion of accessory fallopian tube: ultrasound findings in two premenarcheal girls. *Australasian Radiology* 1993; **37**: 393-5.
6. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I, Langer R, Herman A, Kaplan B. Fallopian tube torsion: Laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001; **14**: 274-7.
7. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995; **13**: 312-4.
8. Raziel A, Mordechai E, Friedler S, Schachter M, Pansky M, Ron-El R. Isolated recurrent torsion of the fallopian tube. *Hum Reprod* 1999; **14**: 3000-1.
9. Lineberry TD, Rodríguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; **13**: 135-8.
10. Rizk DEE, Lakshminarasinha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; **15**: 159-61.
11. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998; **43**: 836-8.
12. Elchalal U, Caspi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. *J Ultrasound Med* 1993; **2**: 115-7.
13. Propeck PA, Scanlan KA. Isolated fallopian tube torsion. *AJR* 1998; **170**: 1112-3.
14. Bondioni MP, McHugh K, Grazioli L. Isolated fallopian tube torsion in an adolescent: CT features. *Pediatr Radiol* 2002; **32**: 612-3.
15. Skinner S, Voyvodic F, Scroop R, Sanders T. Isolated tubal torsion: CT features. *Clin Radiol* 2001; **56**: 155-6.
16. Spingland N, Ducharme JC, Yazbeck S. Adnexal torsión in children. *J Pediatr Surg* 1989; **24**: 974.

Pediatría e Internet

Pasado, presente y futuro de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León en Internet

D. PÉREZ SOLÍS

Director de la página web. Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

RESUMEN

Coincidiendo con su completa renovación, se revisa la historia de la página web de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP) desde su creación en 1997. Se comentan los cambios introducidos en la nueva página web y se plantean proyectos de futuro para la SCCALP relacionados con Internet.

Palabras clave: Internet; Web; Pediatría.

ABSTRACT

After being fully reformed, we comment the development of the Pediatric Society of Asturias, Cantabria, and Castilla y León's web site (SCCALP) since its creation in 1997. Changes incorporated in the web site are commented, and future projects related to the SCCALP and the internet are introduced.

Key words: Internet; World Wide Web; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

Tras más de 7 años de andadura, la página web de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP) inicia una nueva etapa, con el ánimo de seguir mejorando en el servicio a sus socios y a la pediatría his-

panohablante. Para ello se ha renovado por completo su diseño y ampliado sus contenidos, mientras se preparan nuevos proyectos para un futuro próximo.

Todo este trabajo recoge la herencia de los anteriores directores de nuestra página web, que han ido situándola como una de las referencias no sólo entre las páginas web pediátricas, sino médicas en general, de nuestro país⁽¹⁾.

HISTORIA DE LA PÁGINA WEB DE LA SCCALP

La SCCALP inauguró su página web en junio de 1997, coincidiendo con el XXVII Congreso de la Asociación Española de Pediatría celebrado en Oviedo. El impulsor de la idea y primer responsable fue el Dr. Gonzalo Solís Sánchez⁽²⁾. En aquellos momentos acababa de comenzar en España la explosión del fenómeno de Internet, con apenas 1 millón de internautas frente a los 12 millones actuales⁽³⁾ y la popularización de conexiones gratuitas a través de la línea telefónica. Algunos bancos comenzaban a operar a través de Internet, y empresas y asociaciones se daban cuenta de la necesidad de contar con una página web. Por aquel entonces nos encontrábamos en plena guerra entre los navegadores Microsoft Internet Explorer y Netscape Navigator, ambos a caballo entre sus versiones 3 y 4. Yahoo era el buscador mundial más popular, mientras Google era sólo un proyecto de investigación en las

Correspondencia: David Pérez Solís. *Correo electrónico:* david.perez@sccalp.org



Figura 1. Página principal del sitio web de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León a finales de 1997, pocos meses después de su creación.

mentos de Larry Page y Sergey Brin, que un año después comenzaría a funcionar desde el garaje de uno de sus amigos⁽⁴⁾.

La SCCALP no desaprovechó la oportunidad de utilizar la nueva tecnología, creando un sitio web con un sencillo diseño, pero gran funcionalidad a través del cual informaba de sus actividades y de su organización, ofrecía los sumarios del Boletín de Pediatría y facilitaba enlaces a otras páginas web de interés para pediatras (Fig. 1). Aún no se disponía de dominio propio y su dirección URL era "http://www.las.es/sccalp".

En 2000, con el cambio de Junta Directiva, nuestra página web pasó a ser dirigida por Pablo Mola Caballero de Rodas, con Carlos Díaz Vázquez como co-director. Ambos darán un notable impulso a la página a partir de 2001, cuando se comienza a operar bajo el dominio propio "www.sccalp.org"⁽⁵⁾ (Fig. 2). Se amplían los contenidos incluyendo nuevos servicios para los socios, como la posibilidad de consultar los estatutos o imprimir un formulario para darse de alta y modificar datos. También se incluye una exhaustiva sección de enlaces, incluyendo una página propia dedicada a organizaciones no gubernamentales. Pero probablemente el hito más importante de este período sea la inclusión de todos los artículos del Boletín de Pediatría a texto completo desde 1997, un hecho que servirá para potenciar, tanto la página web, como el Boletín de nuestra Sociedad.



Figura 2. Página principal del sitio web de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León en el año 2003.

Como muestra de la importancia de la página web en la SCCALP, en los nuevos estatutos de 2002 su director pasa a ser un miembro más de la Junta Directiva. El crecimiento de la web de la SCCALP coincide con el de otras webs de sociedades pediátricas españolas y latinoamericanas, muy activas en relación con otras especialidades médicas, en algunos casos (como el de la propia AEP) con participación directa de Pablo Mola y Carlos Díaz. El IV informe anual eEspaña 2004 de la Fundación Auna incluye un *ranking* de organizaciones médicas españolas en Internet, que sitúa entre los diez mejores sitios Web a tres de sociedades pediátricas: Asociación Española de Pediatría (1^º), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (6^º) y SCCALP (10^º)⁽¹⁾.

DESARROLLO DE LA NUEVA PÁGINA WEB

En mayo de 2004 se ha vuelto a renovar la Junta Directiva, siendo el nuevo director de la página web David Pérez



Figura 3. Página principal del sitio web de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León en enero de 2005.

Solís. Inicialmente se renovó ligeramente el diseño, buscando simplificar, en lo posible, la navegación por las distintas secciones, dedicando los meses posteriores a desarrollar un sitio web completamente nuevo que saldría a la luz el 27 de noviembre del mismo año. Los esfuerzos se han volcado, tanto en el diseño, como en los contenidos. En cuanto al diseño se han respetado los estándares promovidos por el Consorcio *World Wide Web* (W3C), con vistas a facilitar la compatibilidad con los distintos navegadores y la accesibilidad a todas las personas, incluyendo aquéllas con cualquier tipo de discapacidad. Respecto al contenido se ha insistido en aquellos aspectos que favorezcan la comunicación dentro de la Sociedad, tanto desde la Junta Directiva hacia los socios, como a la inversa, así como en servicios que hagan a la página más atractiva y útil con la intención de que su visita se convierta en una costumbre para los miembros de la SCCALP.

TABLA I. MAPA ACTUAL DE LA PÁGINA WEB

Página principal

Secretaría

- Hacerse socio
- Modificar datos
- Contactar

Boletín de Pediatría

- Página principal
- Texto completo
- Normas de publicación
- Sobre el Boletín

Fundación Ernesto Sánchez-Villares

Actividades

- Reuniones científicas de la SCCALP
- Formación Continuada en Pediatría
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos
- Premios de Nutrición

Servicios

- Noticias
- Agenda pediátrica
- Enlaces de interés
- Recursos para padres

La SCCALP

- Nuestra historia
- Junta Directiva
- Estatutos
- Sobre la página web

SECCIONES DE LA PÁGINA WEB

Página principal

La página principal (Fig. 3) ha sido diseñada pensando en conseguir la mayor funcionalidad con vistas a que pueda ser utilizada como página de inicio para navegar por la Red. Bajo la imagen de cabecera de la página se encuentra un menú horizontal que permite acceder directamente a cualquiera de las secciones de la página. Algunas de las opciones contienen un submenú desplegable que se activa al situar el puntero encima de ellas. Este menú se repite en todas las páginas del sitio (exceptuando el Boletín de Pediatría que tiene su propio menú), de manera que desde cualquier página es posible pasar a otra sección con un solo clic de ratón.

El cuerpo de la página principal se ha dividido en tres bloques verticales. El bloque de la izquierda contiene un

“tablón de anuncios” en el que brevemente se incluyen notas de interés para los socios de la SCCALP: actividades organizadas o apoyadas por nuestra Sociedad, próximos congresos en nuestra zona geográfica, convocatorias de becas, etc. Debajo se incluye un buscador que utiliza la tecnología de Google™ para buscar información, tanto dentro de nuestro sitio web, como en toda la *Word Wide Web*. El bloque de la derecha contiene enlaces a otras páginas importantes que es bueno tener siempre a mano, como el de la Asociación Española de Pediatría, el de PubMed para búsquedas bibliográficas y la página e-Lactancia, que gestiona el Servicio de Pediatría del Hospital “Marina Alta” de Denia, con amplia información sobre compatibilidad de medicamentos con la lactancia materna. Debajo de estos enlaces se encuentra un menú desplegable, que permite acceder directamente a las páginas web de las distintas sociedades españolas de subespecialidades pediátricas. En la parte inferior de este bloque se sitúan las tres certificaciones que posee nuestra página: las del Código HON (*Health On the Net*), Webs Médicas de Calidad y Web Médica Acreditada. El bloque central se reserva para las noticias o informaciones más destacadas de cada momento, ya sean referidas a nuestra Sociedad, la pediatría o la infancia en general.

Secretaría

Desde esta sección se ofrece la posibilidad de acceder a los formularios para darse de alta como socio o para actualizar los datos personales, profesionales o bancarios. Las actualizaciones que no incluyan datos bancarios pueden enviarse por correo electrónico. Es una buena ocasión para que todos los socios aprovechen para poner al día sus datos. En esta sección se facilitan también los datos para contactar con el secretario y el director de la página web, y, además, un formulario que permite enviar mensajes de correo electrónico a cualquier miembro de la Junta Directiva. Se trata de facilitar al máximo la interactividad dentro de nuestra Sociedad, haciendo más fácil que nunca el contacto con los vocales provinciales y demás cargos de la Junta Directiva.

Boletín de Pediatría

La publicación oficial de nuestra Sociedad supone una sección con personalidad propia dentro del sitio web, con una cabecera y menú de navegación propios, aunque de estética y funcionamiento similares al resto de páginas. Su página

de inicio incluye un sumario de los contenidos del último número del Boletín de Pediatría, enlaces a PubMed, a la Biblioteca Cochrane en español y a la página de búsqueda del Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Instituto Carlos III. Hay que recordar que el Boletín de Pediatría está incluido en esta última base de datos. Además, a través de un menú desplegable, se ofrece acceso directo a las revistas pediátricas en castellano disponibles a texto completo en Internet, así como a una selección de las principales revistas pediátricas en inglés. El menú horizontal superior permite acceder al índice de números del Boletín disponibles a texto completo en formato de documento portátil (*portable document format* o PDF) –todos desde el año 1997–, a las normas de publicación y a diversa información de interés sobre nuestra revista. Los sumarios de cada número del Boletín de Pediatría incluyen ahora una reproducción de la portada original y la posibilidad de saltar directamente a los números anteriores y posteriores.

Fundación Ernesto Sánchez-Villares

La Fundación ha visto ampliada su sección de forma notable. En varias páginas se puede acceder a información sobre sus actividades, la composición de su Patronato, las últimas convocatorias de ayudas a la investigación clínica y epidemiológica en Pediatría y los Cursos de Excelencia (con enlace a los números del Boletín de Pediatría donde se recogen sus contenidos). La Fundación cuenta ahora con su propio subdominio dentro de la web, de manera que puede accederse a su sección tecleando “www.fundacionESV.sccalp.org”.

Actividades

Esta sección incluye un registro de las Reuniones de Primavera y Memoriales Guillermo Arce-Ernesto Sánchez Villares desde 1997, con acceso a sus programas y contenidos cuando han sido incluidos en el Boletín de Pediatría. También se recogen los Cursos de Formación Continuada en Pediatría promovidos por nuestra Sociedad en los últimos años, con acceso a sus programas en formato PDF, y la convocatoria anual de los Premios sobre Nutrición Infantil Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares, con la relación de trabajos premiados desde su creación. Los protocolos diagnósticos y terapéuticos encargados por la SCCALP y publicados en el Boletín de Pediatría están disponibles desde esta sección ordenados por temas.

Servicios

Son varios los servicios a los que se puede acceder desde esta sección, como el archivo de noticias publicadas en la web. Aquí se puede consultar la agenda de congresos, cursos y actividades de interés de los próximos meses. Para incluir una actividad en esta agenda se puede contactar con el director de la página web o con el vocal provincial correspondiente a través del correo electrónico.

La antigua sección de enlaces, muy amplia, pero de difícil actualización, ha sido suprimida en la nueva web. Se ha preferido emplear los esfuerzos necesarios para mantenerla al día en otras actividades de la página web, dado que, además, existen en la Red varios directorios de enlaces pediátricos que cubren acertadamente este campo. De entre todos destacamos el de la página web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (www.aepap.org), muy extenso, bien organizado y con la posibilidad de sugerir nuevos enlaces a su responsable, el Dr. Juan Bravo Acuña. En el lugar de esta sección se mantiene una sencilla página con enlace a dicho directorio y a diversas instituciones y organizaciones no gubernamentales que trabajan a favor de la infancia de todo el mundo.

Aunque a día de hoy la web de la SCCALP no cuenta con una sección para padres como tal, ocasionalmente se publicarán artículos con información o consejos de interés para las familias y el público en general, que se irán recopilando en un apartado especial. Para aquellas personas que busquen más información sobre salud del niño y del adolescente se proporcionan enlaces seleccionados a algunas páginas web en español.

La SCCALP

Se ha agrupado en esta sección información institucional de diverso tipo sobre la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Se incluyen varias páginas sobre la historia de la Sociedad, partiendo del trabajo realizado por los doctores Gonzalo Solís Sánchez, Susana Alberola López y José Manuel Marugán de Miguelsanz y publicado en el Boletín de Pediatría en 1998, que ha sido actualizado hasta el año 2004. El usuario podrá conocer la historia general de nuestra Sociedad, sus fechas y acontecimientos más importantes, la composición de todas sus juntas directivas, cómo surgieron las distintas reuniones

que se organizan, el desarrollo del Boletín de Pediatría y el de la propia página web. Respecto a este último punto se ofrece la posibilidad de navegar por la web de la SCCALP tal y como era en sus inicios y en anteriores etapas, gracias a la *Wayback Machine* del proyecto *Internet Archive* (www.archive.org).

Desde esta sección se puede acceder también a la composición de la actual Junta Directiva, a los estatutos de la Sociedad y a información y advertencias sobre la utilización de la página web.

PROYECTOS DE FUTURO

Posibilidades a corto plazo

La gran apuesta del equipo actual sobre la página web de la SCCALP es conseguir que sea una herramienta dinámica de interacción de la Junta Directiva con los socios (y viceversa) y de los socios entre sí. Las actualizaciones serán tan frecuentes como sea necesario, para que la página web refleje toda la información de que se disponga que pueda ser útil para los pediatras de la Sociedad. Pero Internet es mucho más que la *World Wide Web*, y debemos sacar partido a la segunda herramienta que nos proporciona más utilizada en España⁽⁹⁾: el correo electrónico. Un formulario en la página web permite que los socios puedan contactar directamente con cualquier miembro de la Junta Directiva utilizando este medio, ya sea para hacer propuestas, resolver problemas, etc. Otra de las primeras intenciones es poder informar periódicamente a los socios a través del correo electrónico. Por desgracia a día de hoy son muy pocas las direcciones de correo electrónico de socios disponibles en la Secretaría de la SCCALP, por lo que emplazamos a los socios a actualizar sus datos utilizando el formulario disponible en nuestra página web. Además, de esta manera podrán disponer de un servicio que próximamente se ofrecerá a todos los socios que lo deseen: una redirección de correo electrónico del tipo `nombre@sccalp.org`.

En función de las necesidades que surjan se podrá disponer de otras herramientas, como listas de correo o foros sobre temas específicos. Respecto a la página web, se encuentra abierta a todo tipo de sugerencias y a la participación de aquellos socios dispuestos a ello.

Y más adelante...

Aunque resulte bastante atrevido, podemos intentar hacer predicciones a más largo plazo sobre un medio como Internet, que pese a su rápida implantación todavía se encuentra en su niñez, muy lejos todavía de alcanzar la madurez y la estabilidad. De una manera o de otra Internet, especialmente en sus dos manifestaciones más conocidas, la telaraña mundial o *World Wide Web* y el correo electrónico, van a seguir introduciéndose cada vez más en nuestras vidas. Las fronteras del ordenador personal están siendo superadas, e Internet conquista los dispositivos portátiles, teléfonos móviles, electrodomésticos, etc. En este sentido, las nuevas especificaciones propuestas por el W3C, ya adoptadas en nuestra página web, favorecerán en un futuro el acceso a la información de nuestra Sociedad desde cualquiera de estos dispositivos.

Pero al margen de cuestiones tecnológicas, el éxito o fracaso de Internet vendrá dado por el uso que los usuarios le demos. Lo que empezó siendo una tecnología militar restringida, se ha transformado en lo que hoy conocemos gracias a las posibilidades que en su momento la comunidad científica vio en ella como instrumento de intercambio fácil, rápido y gratuito de información. Al margen de la amplia utilización comercial de este medio, algo legítimo y seguramente positivo, el gran potencial de Internet sigue estando en su empleo para la difusión sin barreras del conocimiento y para la comunicación entre personas e instituciones. Las sociedades pediátricas, que en muchos aspectos hemos estado a la vanguardia de la utilización de Internet por las sociedades médicas españolas en estos primeros años de desarrollo, debemos seguir siendo punta de lanza y afron-

tar nuevos retos. Uno de esos retos puede ser la creación de redes de trabajo entre sociedades, para evitar duplicar esfuerzos innecesariamente en cuestiones que son de interés común y que todavía están poco desarrolladas, como la interacción con las familias⁽⁶⁾. También es preciso buscar fórmulas para difundir conocimientos más allá de los clásicos *copyright* y "todos los derechos reservados", mediante licencias más flexibles, pero perfectamente compatibles con la protección de la propiedad intelectual. Todo eso sin olvidar que la globalización del conocimiento difícilmente será una realidad más allá de los países privilegiados, mientras una gran parte de la humanidad siga sin disponer de la posibilidad de cubrir sus necesidades más básicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. IV Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España eEspaña 2004. Madrid: Fundación AUNA; 2004.
2. Solís G. Nuestra Sociedad en internet. *Bol Pediatr* 1997; **37**: 197-8.
3. Audiencia de internet en el Estudio General de Medios [serie en internet]. Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC); 2004 [consultado 8 enero 2005]. Disponible en: <http://download.aimc.es/aimc/03internet/internet304.pdf>
4. Google [página web]. Wikipedia: the free encyclopedia [actualizado 5 enero 2005; consultado 8 enero 2005]. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/Google>
5. Díaz Vázquez CA, Mola Caballero de Rodas P. Tome nota: www.sccalp.org la nueva web de nuestra sociedad. *Bol Pediatr* 2001; **41**: 62-4.
6. Díaz Vázquez CA, Mola Caballero de Rodas P. Interacción con los padres a través de internet de las sociedades pediátricas españolas y las integradas en la ALAPE. *An Pediatr (Barc)* 2004; **61**: 37-41.

Hace 25 años

Estenosis hipertrófica de píloro y macrosomía relativa al nacimiento. Estudio estadístico de 88 casos*

J. FERNÁNDEZ TORAL, F. ÁLVAREZ BERCIANO, J. BARREIRO, C. BOUSOÑO, M.R. LLORIAN

INTRODUCCIÓN

La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) es una enfermedad relativamente frecuente, que tiene carácter poligénico, y que afecta de forma muy predominante a los varones. Con anterioridad, los autores demostraron en los enfermos alteraciones dermatoglíficas grupales en comparación con la población normal. La observación de algunos casos de macrosomía neonatal les llevó a programar un estudio más amplio para confirmar la posible asociación de EHP y macrosomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio un total de 88 casos, 70 varones y 18 mujeres. El diagnóstico de EHP se basó en la clínica y se confirmó en todos ellos mediante la radiología e intervención quirúrgica. Se utilizó como control una población de 134 recién nacidos normales apareando los grupos de forma que la proporción de primeros hijos, segundos y sucesivos fuera similar entre casos y controles. A los resultados se aplicó la *t* de Student con significación para niveles inferiores a 0,05.

RESULTADOS

En los casos de EHP se encontró un predominio de varones de 3,8/1, ocurriendo en los primogénitos en 32/70 (46%)

TABLA I. VALORES DE PESO NEONATAL EN CASOS Y CONTROLES

	N	Media	Desv st.	Error st.
Varones con EHP	70	3.564	447	53
Varones controles	66	3.315	504	62
Mujeres con EHP	18	3.489	588	138
Mujeres controles	68	3.261	27	51

de los varones y en 6/18 (33%) de las mujeres. La típica sintomatología de vómitos + estreñimiento + oliguria comenzó siempre dentro del período neonatal; en el 72% de los casos se acumuló en la 3ª o 4ª semana de vida, mientras que el 28% restante ocurrió antes de los 15 días de vida.

La edad de gestación presentó una media de 39,6 semanas en los varones y 39,0 en las mujeres, quedando incluidos todos los casos entre las 38 y 42 semanas de gestación.

Se hallaron 4 casos de EHP entre los familiares, todos eran varones. Se trató de 1 padre, 2 hermanos y 1 primo materno.

El estudio estadístico mostró que, la diferencia en los varones era significativa con un 99% de confianza y tan sólo del 90% en las mujeres, quizás por el bajo número de casos. Por otra parte, no fue significativa la diferencia de peso entre los varones y las mujeres con EHP. Cuando se valoró el peso a subgrupos divididos según el orden de nacimiento, hubo diferencias de peso a favor de los casos de EHP, comparado a los controles, en los primogénitos (165 g), segundos (548 g), terceros (279 g) y cuartos (475 g).

*Bol Soc Cast Ast Leon de Pediatría 1980; 21: 57-60.

CONCLUSIONES

El trabajo permitió obtener las siguientes conclusiones:

- En nuestro medio la EHP es aproximadamente 4 veces más frecuente en los varones.
- La edad de los progenitores carece de influencia.
- El predominio de los primogénitos es más acusado en los varones, 46 frente a 33%.
- La clínica empieza siempre en el primer mes de vida, con mayor acúmulo en la 3ª semana.
- No se observó ningún caso de EHP en recién nacidos prematuros.
- Se hallaron antecedentes familiares, todos varones, en el 4,7% de los casos, comparado al 0,7% en el grupo control.
- El peso neonatal de los varones con EHP es estadísticamente más alto que en los controles. Este hallazgo es independiente del carácter de primogénito y se observa también en los no primogénitos.

Probablemente la macrosomía relativa es una expresión más de la poligenopatía, pero no se puede descartar que sea la causa desencadenante de la tendencia a la hipertrofia muscular del píloro en los individuos predispuestos.

COMENTARIO

El trabajo publicado en el Boletín de Pediatría hace 25 años por J. Fernández Toral y cols. contiene aspectos meritorios, que aún lo serían más si los valoramos con la perspectiva de la época. Presenta una hipótesis de trabajo, por muy elemental que sea, que está basada en observaciones previas y que los autores intentan aclarar. Por otra parte, se aplica un estudio estadístico a los resultados, que en estos momentos podría parecer pobre, pero en el año 1980 menos de la mitad de los artículos de las más prestigiosas revistas mundiales utilizaban algún test estadístico más complejo de los puramente descriptivos. La intencionalidad de mejora en este aspecto queda comprobada al incorporar entre los autores a una persona (MRL) perteneciente al Departamento de Estadística.

Varios comentarios surgen de la lectura de este trabajo. La primera, es constatar lo poco que se ha avanzado en todos estos años para desentrañar el peso relativo de los factores genéticos y ambientales, pre o postnatales, en la producción de estenosis hipertrófica de píloro (EHP). Quizás el énfasis

de JFT y cols. en el componente genético sea excesivo, pero todavía en estos momentos se recuerda la concordancia de la enfermedad en gemelos y su relación con síndromes poli-malformativos (Apert, Zellweger, Smith-Lemli-Opitz, Cornelia de Lange, trisomía 18). En sentido contrario, también se acepta el papel de ciertos fármacos administrados en el período neonatal (eritromicina, prostaglandinas)⁽¹⁾.

Otra reflexión surge con respecto a la casuística presentada, porque 88 casos de EHP es un número considerable, difícil de reunir. Se precisa una alta natalidad y un seguimiento de varios años. En algunas fuentes se recoge para la EHP una frecuencia de 3/1.000 RN⁽¹⁾ y que para los varones sube hasta 1/150. ¿Podríamos confirmar una incidencia semejante, aplicada a nuestro medio y en estas fechas? ¿Realmente sigue siendo la EHP tan habitual como antaño?

Un estudio señala el importante descenso de la tasa de EHP ocurrido en Estocolmo desde la década de los 90, y que había sido en 1979 de 2,7/1.000 RN. Además, es llamativo comprobar que la disminución fue paralela a la de otra preocupante enfermedad infantil, el síndrome de muerte súbita de lactante. Esto lleva a los autores a sospechar que la sistemática de cambiar la postura de los recién nacidos en la cuna ha tenido un efecto colateral también sobre la EHP. Incluso adelantan la hipótesis de que la EHP y el SMSL tengan lazos patogénicos comunes⁽²⁾.

Los autores asocian datos somatométricos neonatales con una patología de base genética y aparentemente no relacionada, como es la EHP. La relación causa-efecto, si es que existe, que explique esta asociación no es fácil de entender. Es posible que la macrosomía relativa facilite la EHP, pero la escasa diferencia de peso hace más probable imaginar que algún factor, genético o prenatal, interviene, de forma doble, sobre el peso al nacimiento y sobre la EHP. Curiosamente, el diseño e hipótesis que plantea JFT y cols. fue aplicado por más autores a otras patologías. En estos momentos es particularmente comentada la posibilidad, cada vez mejor probada, que un parámetro simple de somatometría neonatal, como es el perímetro cefálico, se asocie al riesgo de padecer posteriormente una patología de base genética con fuerte influencia ambiental, como es el asma y la alergia; numerosas y diferentes fuentes lo avalan⁽³⁻⁷⁾.

Según parece las medidas neonatales nos pueden estar ofreciendo una información oculta que va más allá de la pura situación nutricional.

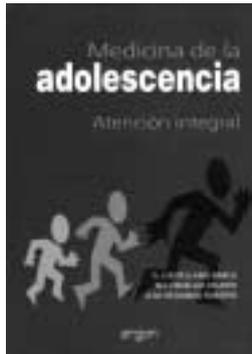
BIBLIOGRAFÍA

1. Wyllie R. Estenosis pilórica y anomalías congénitas del estómago. En: Behrman, Kliegman, Jenson, Tratado de Pediatría de Nelson. 17 ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1229-31.
2. Persson S, Ekblom A, Granath F, Nordenskjöld A. Parallel incidences of sudden infant death syndrome and infantile hypertrophic pyloric stenosis: A common cause? *Pediatrics* 2001; (ed. inf.): www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e70
3. Fergusson DM, Crane J, Beasley R, Horwood LJ. Perinatal factors and atopic disease in childhood. *Clin Exp Allergy* 1997; **27**: 1394-401.
4. Oryszczyn MP, Annesi-Maesano I, Campagna D, Sahuquillo J, Huel G, Kauffmann F. Head circumference at birth and maternal factor related to cord blood total IgE. *Clin Exp Allergy* 1999; **29**: 334-41.
5. Benn CS, Jeppesen DL, Hasselbalch H, Olesen AB, Nielsen J, Bjorksten B, et al. Thymus size and head circumference at birth and the development of allergic diseases. *Clin Exp Allergy* 2001; **31**: 1862-6.
6. Katz KA, Pocock SJ, Strachan DP. Neonatal head circumference, neonatal weight, and risk of hayfever, asthma and eczema in a large cohort of adolescents from Sheffield, England. *Clin Exp Allergy* 2003; **33**: 737-45.
7. Bolte G, Schmidt M, Maziak W, Kil U, Nasca P, von Mutius E, et al. The relation of markers of fetal growth with asthma, allergies and serum immunoglobulin E levels in children at age 5-7 years. *Clin Exp Allergy* 2004; **34**: 381-8.

Alfredo Blanco Quirós

Presidente del Patronato de la Fundación
de Pediatría Ernesto Sánchez-Villares

Crítica de libros



MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

**G. Castellano Barca, M.I. Hidalgo Vicario,
A.M. Redondo Romero**

Madrid: Ergon; 2004

Como los propios editores afirman en la presentación de la obra, la Medicina del Adolescente ha adquirido en los últimos años una creciente importancia. Es por ello que han apostado por ofrecer una visión actualizada y práctica de las patologías propias de esta crucial etapa de la vida, sin olvidar otros problemas que inciden particularmente en este colectivo, como los accidentes, la violencia, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, los trastornos psiquiátricos, el suicidio, los trastornos del comportamiento alimentario y los producidos por la desestructuración familiar. Todo ello con vistas a involucrar a los profesionales sanitarios a realizar una adecuada educación para la salud en los diferentes ámbitos donde se mueven los adolescentes: consulta, escuela, familia y comunidad.

Se trata de una obra multidisciplinar en la que participan 105 autores, no sólo pediatras y pediatras acreditados en adolescencia, sino profesionales tan heterogéneos, como antropólogos, andrólogos, especialistas en medicina preventiva, psicopedagogos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, farmacéuticos y fisiólogos.

La edición consta de 77 capítulos agrupados en 8 secciones: *El adolescente, el adolescente y su entorno, la prevención en la salud, el adolescente y sus riesgos, motivos frecuentes de consulta, consultas frecuentes sobre salud mental, la sexualidad como motivo de consulta y el adolescente que enferma*. Los temas que se ofrecen en cada una de las secciones se han abordado desde un punto de vista eminentemente práctico y con un estilo claro y didáctico. Abundan las tablas y figuras que, sin duda, hacen más atractiva su lectura. Cada uno de ellos se acompaña de una sucinta, pero actualizada bibliografía.

De especial acierto puede considerarse la incorporación de 8 Anexos que recogen herramientas de gran utilidad para la atención clínica del adolescente, como son las curvas y tablas de crecimiento, estadios puberales de Tanner, percentiles de presión arterial y valores séricos de referencia de colesterol total y LDL-colesterol, cuestionario de salud, modelo de historia clínica, tests útiles, regímenes dietéticos y referencias de libros sobre adolescencia para orientación de padres.

La obra, esmeradamente cuidada desde el punto de vista editorial, ha sido llevada a cabo por **Ergon**. Está dirigida especialmente a pediatras, médicos generales, médicos especialistas y, en general, *“a todos los profesionales que atienden a los adolescentes y se preocupan por su salud integral”*.

El esfuerzo de los doctores Castellano Barca, Hidalgo Vicario y Redondo Romero, editores del libro, está recompensado por la solidez de la obra. Puede decirse que no hay aspecto de la problemática de la adolescencia que no se encuentre recogido en este libro, recomendado por la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP. La impresión del lector es que se ha llevado a cabo una gran labor de síntesis, para conseguir una obra que puede ser calificada de excelente.

S. Málaga Guerrero

Prof. de Pediatría. Facultad de Medicina.
Universidad de Oviedo.

Jefe de Sección de Nefrología Pediátrica.
Dpto. de Pediatría. Hospital Central de Asturias

Jubilación del Dr. Pedro Cuadrado

EN LA JUBILACIÓN DE PEDRO CUADRADO

Conocí a Pedro Cuadrado en el despacho del Profesor D. Ernesto Sánchez Villares, en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Valladolid, donde nos presentó nuestro común maestro. Creo que necesitaba consejo del Profesor, al estar formando un nuevo Servicio de Pediatría, ante la próxima apertura de un hospital en Segovia, por aquel entonces (corría el año 1974) "Residencia Sanitaria Licinio de la Fuente". El primer contacto fue cordial, pero con la seriedad, permítaseme decir, de "castellano viejo".

Con él me vine a Segovia, a mi primera plaza de adjunto, y pronto me di cuenta de su gran profesionalidad, preocupado por la infancia y, por tanto, de que todo funcionara a la perfección, seguidor del concepto de nuestro maestro D. Ernesto de las especialidades pediátricas, así como de la asistencia continuada, la puesta al día en conocimientos y medios, para mantener nuestro Servicio a un alto nivel, reconocido en los Hospitales de referencia con los que tuviéramos relación y en la participación con nuestros casos clínicos en los Congresos y Reuniones de ámbito regional y nacional.

Con el transcurrir de los años se convirtió en un amigo estupendo, preocupándose por mi propia progresión en la carrera profesional, y por la de otros compañeros adjuntos y de los residentes que con nosotros se han ido formando.

Pedro Cuadrado es un excelente pediatra y un alergólogo de reconocido prestigio nacional, que ha sabido trans-

mitirlo a los que trabajamos con él. Su extraordinaria capacidad organizativa, quedó siempre reflejada en el éxito científico y social de las Reuniones que organizó en nuestra ciudad durante su jefatura.

Pero su labor no quedó reducida al ámbito local. Siempre ha sido un canalizador del compañerismo y del trabajo en pro de nuestra Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, de la que fue Vicepresidente y, sabedora de ello, la última Junta le tributó un merecido homenaje en Santander. Yo sé que, aun jubilado del trabajo diario, no lo está de la Pediatría y le seguimos viendo en nuestras Reuniones, así como en sus visitas al Servicio de Pediatría, su Servicio, preocupándose por como nos ruedan las cosas, las profesionales y las personales. Además, su interés por el ejercicio de la Medicina y los aspectos éticos, le han llevado a aceptar la responsabilidad de presidir la Comisión Deontológico del Colegio Oficial de Médicos de Segovia.

Espero que con este sentido escrito, haya sabido expresar la admiración y el agradecimiento que por mi Jefe siento. Él sabe que tiene en mi un compañero y un amigo, y que ahora, liberado del trabajo diario, le deseo toda la felicidad junto a su familia, que ahora dispone de él a tiempo completo.

Un fuerte abrazo, amigo.

M. Herrera Martín
Pediatra

IMPRONTA (Para Pedro Cuadrado en su Jubilación)

*Hay eventos
en la vida
de cada hombre
en los que confluyen
seres
hasta entonces distantes,
convocados
por la Providencia
como personajes
de una misma escena.
Sus biografías
se cruzan
formando un calidoscopio
de ideas,
de sentimientos,
red tejida con trayectos
a veces divergentes,
a veces comunes,
que nos llevan
por caminos separados
o por sendas paralelas.
Por corto
que sea el encuentro,
siempre queda la huella,
el recuerdo,
que formará ya parte
de nuestra existencia.*

*Y cuando se recorre juntos
la larga marcha
de un cuarto de siglo,
luces y sombras
van dibujando un cuadro,
donde aparece
toda la paleta
de colores,
desde los grises
al verde esperanza
de los grandes momentos
que nos regala la vida.
El ayer fluye
hacia el hoy,
que nos conduce al mañana.
Pero cualquiera que sea
el destino
que nos depara el futuro,
los proyectos
en los que un día
pusimos
nuestras ilusiones
dejaron su IMPRONTA
y siempre
llevaremos algo en nosotros,
unos de otros,
de lo que compartimos*

J. García Velázquez
Segovia, 30 de mayo de 2003

XVII Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez-Villares

Comunicación

Por error en el Boletín de Pediatría Vol XLIV, N° 190, 4/2004, no se publicó la comunicación que a continuación reproducimos y que fue premiada por ser una de las dos mejores.

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE 14-18 AÑOS DE CANTABRIA. A. Bercedo Sanz¹, C. Redondo Figuero², R. Pelayo Alonso¹, Z. Gómez del Río¹, M. Hernández Herrero³, N. Cadenas González³. ¹Centro de Salud Meruelo. Centro de Salud Gama. ²Centro de Salud Vargas. Santander. ³Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria.

Antecedentes y objetivos. La influencia que los medios de comunicación tienen en la sociedad actual es de tal magnitud, que se han convertido en verdaderos competidores de la familia y la escuela en la formación y educación de los niños, y de forma especial en los adolescentes. Por este motivo, se ha realizado un estudio sobre el uso de los distintos medios de comunicación en los adolescentes (televisión, móvil, ordenador, Internet, y videojuegos), y su repercusión en la salud y el desarrollo.

Material y métodos. Encuesta transversal realizada a 884 adolescentes de 14 a 18 años de Cantabria, que cursaban 3º y 4º de ESO en los Colegios/Institutos pertenecientes a seis poblaciones de Cantabria en junio del 2003. Se solicitó a la Consejería de Educación y Juventud una relación de todos los centros escolares y del número de niños de la edad del estudio que acudían a los mismos. Se obtuvo la conformidad y autorizaciones de los colegios participantes, así como el consentimiento firmado de los padres. La población inicial de estudio constituida por 1.115 alumnos, se redujo a 884 debido a la ausencia de algunos alumnos durante la realización de la encuesta, la negativa de los adolescentes o de los padres a su realización o la existencia de encuestas incompletas o no válidas. El análisis estadístico consistió en una estadística des-

criptiva de las variables, y posterior análisis mediante pruebas bivariadas y multivariadas.

Resultados. El número total de encuestas validadas fue de 884 adolescentes que representó el 79,3% de la población de estudio (n=1.115). Todos los adolescentes refirieron televisor en su domicilio, existiendo un 24% de familias con cuatro o más televisores. La presencia de los distintos medios de comunicación en la habitación del adolescente fue del 52,5% para la TV, 57,8% para el ordenador, 52% para el Internet y 38,7% para la videoconsola, siendo el radiocasete y el compact-disk los más presentes en el dormitorio con un 76,8% y 67,4%, respectivamente. Los adolescentes ven una media de 3 h/día de televisión entre semana y 3,2 h/día el fin de semana, del 37,3% que usan la videoconsola entre semana lo hacen una media de 0,7 h/día (42 minutos), y una media 1,1 h/día (66 minutos) en el caso del 46,6% de adolescentes que usan la videoconsola el fin de semana. En el 36,9% que usa Internet entre semana, lo hacen una media de 0,8 h/día (48 minutos), y una media de 1,1 h/día (69 minutos) en el 36,5% que se conecta el fin de semana. El 87,2% de los adolescentes tienen móvil, siendo las mujeres adolescentes las que más disponen del mismo (91,6 frente al 82,4%, p < 0,001), y la media de edad del primer móvil es de 13 años. El gasto en teléfono móvil es de 16,47 €/mes y la función del móvil que más utilizan es el envío de mensajes. El 46,4% de los adolescentes llevan móvil al instituto y refieren que en sus domicilios existe una media de 3 móviles por familia. El 82,1% de los adolescentes navega solo en internet y de forma significativa los varones prefieren navegar y bajarse juegos de la red, mientras que las mujeres chatean y envían más correos electrónicos. El 62% de los adolescentes ha acudido a una ciberoteca, y un 40,8% ha visitado una página pornográfica en Internet, siendo los varones los que más las visitan (33,1% de varones frente al 7,7% de mujeres, p < 0,001). El 71,5% de los adolescentes tiene videoconsola, siendo los varones los que más la usan, (87 frente al 57,2% de las mujeres, p < 0,001), y juegan

desde una media de edad de 8,7 años. Los videojuegos de disparos y luchas, deportes, conducción, son preferidos significativamente por los varones, mientras que las chicas adolescentes eligen los videojuegos de aventuras. El 32,8% de los adolescentes tiene un gasto en videojuegos incluyendo ciber-salas de 4 €/semana.

Conclusiones. La sociedad, en general, y los profesionales sanitarios, en particular, deben realizar una mayor educación sanitaria respecto al consumo de los diferentes medios de comunicación, estimulando una utilización racional de los mismos, y fomentando el espíritu crítico en los niños y adolescentes, que les permitan decidir como quieren usar los medios de comunicación.

Noticario



NOMBRAMIENTO DEL DR. G. CASTELLANO BARCA COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE

En el XV Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente, celebrado en Sevilla el pasado mes de octubre se tomó la decisión de nombrar al Dr. Germán Castellano Barca Presidente de la Sociedad para los próximos 4 años.

El Dr. Germán Castellano forma parte actualmente del Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría, pero es conocido por todos nosotros desde hace años como una persona especialmente dedicada al trabajo con adolescentes, habiendo puesto en funcionamiento en Torrelavega (Cantabria) una de las primeras *Consultas Jóvenes* de todo el país. Además, los que hemos podido asistir en alguna ocasión a sus charlas, sabemos que está singularmente dotado para la enseñanza, siendo la transmisión de sus conocimientos sobre la medicina del adolescente uno de sus principales campos de interés, como prueba su reciente edición del libro *Medicina de la Adolescencia*, cuya crítica se realiza en este número de nuestra revista.

Por todo ello, no resulta extraño que haya sido elegido por los miembros de su Sociedad para dirigirla; representando, este reconocimiento, un nuevo motivo de orgullo para la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.



REUNIÓN DE PRIMAVERA 2005 SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

Segovia, 1 y 2 de abril de 2005

Programa preliminar

Viernes, 1 de abril

12.00-14.00 Talleres profesionales

- **RCP básica y manejo instrumental de la vía aérea en el niño**

Dirigido: *Dr. José Luis Vázquez Martínez.*
Pediatra Intensivista, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

- **Casos clínicos interactivos**

Dirigido: *Dra. Ana Isabel Jiménez Moya.*
Pediatra, Hospital Verge del Toro,
Menorca

- **Conocimientos y habilidades para la presentación de comunicaciones orales y en póster**

Dirigido: *Dr. Jose María Hernández Molera.*
Oftalmólogo e Internista. Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital de Torrelodones

15.30 Entrega de documentación. Colocación de posters

16-17.30 Comunicaciones orales

- 17.30-18.00 Descanso-Café. Visita a la exposición comercial
- 18.00-18.15 Inauguración oficial de la Reunión
- 18.15-19.45 Mesa redonda:
Coordinación entre niveles asistenciales en Pediatría (Salón de actos)
 Moderador: *Dr. José García-Sicilia*. Hospital La Paz de Madrid
- 19.45-20.30 **Acto de homenaje a Valentín Salazar: Semblanza de su figura**
Dr. Ricardo Escribano Albarrán. Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Salamanca
- 21.30 Cena de confraternidad (Hotel el Rancho de la Aldegüela)
 Servicio de autobuses desde las 21.00 h, que recogerán a los asistentes desde los hoteles oficiales
- Sábado, 2 de abril**
- 9.00-10.15 Comunicaciones orales
- 10.15-11.15 Presentación de posters
 Se realizará a pie de póster con una duración de la exposición de unos 5 minutos
- 11.15-11.45 Descanso-Café
 Visita a la exposición comercial
- 11.45-12.45 Asamblea ordinaria
- 12.45-13.45 Charla con expertos
- **Prescripción de fórmulas especiales**
Dra. Lucrecia Suárez. Hospital Ramón y Cajal, Madrid
 - Situación de la vacunación contra la varicela en España
Dr. José Antonio Gómez Campderá. Comité Asesor de Vacunas de la AEP y Unidad de Infecciosas, Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- 13.45 Clausura de la Reunión de Primavera.
 Entrega de premios a las mejores comunicaciones orales y mejor póster.
 Entrega de diplomas a residentes de pediatría en su 4º año de rotación

REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN
 CON MOTIVO DEL HOMENAJE AL
 DR. D. PABLO GONZÁLEZ

Salamanca, 5 de febrero de 2005

- 12.00 Acto científico. Aula de Salinas.
 Edificio Histórico de la Universidad
- **Alergia a alimentos**
Dr. D. Manuel Martín Esteban
 Jefe del Servicio de Alergia. Hospital Universitario "La Paz". Madrid
 - **Semblanza del Dr. D. Pablo González y su trayectoria en la pediatría**
Dr. D. Antonio Grande
 Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca
 - **Entrega del diploma de Socio de Honor y Distinción**
Dr. D. Venancio Martínez
 Presidente de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
- 14.30 Comida de Confraternidad.
 Hotel Palacio Castellanos (50 €)
- Información**
 Dorita Fernández, Félix Lorente
 Tel.: 923 291 423
 email: bad@usuarios.retecal.es o lorente@usal.es

XXVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Oviedo, 5 y 6 de mayo de 2005

Sede: Auditorio - Palacio de Congresos "Príncipe Felipe"

Jueves, 5

- 08.00-08.30 Recogida documentación

- 08.30-09.50 Comunicaciones orales
- 10.00-11.00 Conferencia
Implicaciones ético-legales de la aplicación en clínica de la genética molecular
Carlos Alonso Bedate
- 11.00-11.30 Pausa-café
- 11.30-13.30 Mesa redonda
Neoplasias endocrinas de origen genético
- **Neoplasia endocrina múltiple: perspectiva pediátrica.** *M^a Dolores Rodríguez-Arnan*
 - **Riesgo de tumores en síndromes genéticos con hipercrecimiento.** *Ricardo Gracia*
 - **Neurofibromatosis tipo I y tumores endocrinos.** *Rafael Yturriaga*
 - **Tumores gonadales genéticamente determinados.** *Laura Audí*
- 13.45 Inauguración oficial
- 14.15-15.30 Comida
- 15.30-16.30 Sesión de posters
- 16.30-17.30 Conferencia
Posibilidades de la terapia celular en la DM1.
Alberto Hayek
- 17.30-18.00 Pausa-café
- 18.00-20.00 Sesión administrativa
- 21.00 Cóctel Bienvenida. Plaza de Trascorrales
- Viernes, 6**
- 08.30-09.50 Comunicaciones orales
- 10.00-11.00 Conferencia
Disruptores endocrinos: repercusión en la patología endocrinológica pediátrica.
Manuel Pombo
- 11.00-11.30 Pausa-café
- 11.30-13.30 Mesa redonda
El déficit de yodo temprano, un problema de salud pública
- **Epidemiología del déficit de yodo pediátrico.** *François Delange*
 - **Neuro-patología del déficit de yodo prenatal.** *Juan Bernal*
 - **Déficit de yodo neonatal: aspectos clínicos.** *Susana Ares*
 - **Repercusión psico-intelectual del déficit de yodo.** *Pilar Mosteiro*
- 13.30-14.15 Encuentros con el experto (4 salas simultáneas)
- *M^a Teresa Muñoz. Anorexia nerviosa. Requerimientos asistenciales*
 - *Raquel Barrio. Recursos técnico-farmacológicos en el tratamiento insulínico de la DM1*
 - *Cristina Azcona. Problemas endocrinológicos en pacientes oncológicos*
 - *Juan Pedro López Sigüero. Empleo terapéutico racional de la hGH*
- 14.15-15.30 Comida
- 15.30-16.15 Sesión de posters
- 16.15-18.15 Mesa redonda
Aspectos endocrinológicos de la obesidad
- **Bases genéticas de la obesidad.** *Jesús Argente*
 - **Síndrome metabólico: perspectiva pediátrica.** *Silva Arslanian*
 - **Exceso ponderal e hiperandrogenismo.** *Lourdes Ibáñez*
 - **Evaluación clínica y conducta asistencial.** *Pedro Martul*
- 18.15-18.30 Pausa - Café
- 18.30-20.30 Premios SEEP
- 21.30 Cena de Gala
- Secretaría Técnica**
 Congresos Principado de Asturias
 C/ Pérez de la Sala, 49 - Bajo • 33007 Oviedo
 Tel./Fax: 985 96 61 19
 www.congresosasturias.com
 info@congresosasturias.com

VIII CONVOCATORIA DE AYUDAS
A LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA
EN PEDIATRÍA

La **Fundación Ernesto Sánchez Villares** tiene entre sus objetivos subvencionar *proyectos de investigación clínico-epidemiológicos sobre promoción de la salud y enfermedades prevalentes de la infancia*, de acuerdo con las bases que establezca el patronato y la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio económico.

Con el fin de contribuir a la consecución de estos objetivos, la **Fundación Ernesto Sánchez Villares** destina la cantidad de **12.000 euros** para Ayudas de Investigación Clínica y Epidemiológica en el año 2005.

Destinatarios

El importe de las ayudas de investigación se destina a los pediatras de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León con el fin de fomentar la investigación clínica y facilitar la realización de proyectos de grupo.

Solicitantes

Serán necesarios los siguientes requisitos:

1. Ser miembro numerario de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.
2. Título de pediatra o MIR de pediatría, justificado mediante certificado emitido por el correspondiente Jefe de Servicio.

Condiciones de las ayudas

1. La ayuda se concede por 1 año a partir de la fecha de adjudicación.
2. La dotación económica guardará relación con el presupuesto que, necesariamente, habrá de acompañar al proyecto y que en ningún caso superará los 3.000 euros.
3. Los proyectos se relacionarán con temas de investigación clínico-epidemiológica, promoción de la salud y enfermedades prevalentes de la infancia.
4. En igualdad de condiciones se dará preferencia a proyectos realizados en colaboración por diferentes equipos de trabajo.
5. Las solicitudes, que se remitirán por quintuplicado, deberán incluir necesariamente:

- 5.1. Memoria del proyecto, que incluirá los siguientes apartados:
 - Título del proyecto.
 - Relación de investigadores (incluir fotocopia del documento nacional de identidad).
 - Centro de realización del estudio.
 - Resumen.
 - Antecedentes y estado actual de tema.
 - Bibliografía más relevante sobre el tema (comentada).
 - Objetivos.
 - Hipótesis.
 - Metodología detallada.
 - Plan de trabajo y distribución de tareas.
 - Experiencia del equipo investigador sobre el tema (últimos 5 años).

5.2. Presupuesto detallado.

5.3. Curriculum vitae normalizado de los investigadores.

6. El investigador principal se compromete a enviar una memoria de los resultados del trabajo al cabo de un año.

Plazo de presentación

El plazo de presentación finalizará el 15 de abril de 2005. Las solicitudes, por quintuplicado, deberán dirigirse a la **Fundación Ernesto Sánchez Villares**. Área de Pediatría. Facultad de Medicina. C/ Ramón y Cajal, 5. 47005 Valladolid.

Selección

1. La selección de los proyectos se efectuará por el Patronato de la Fundación Sánchez Villares.
2. Las decisiones de carácter científico adoptadas por el Patronato no podrán ser recurridas.
3. Si los proyectos presentados no reunieran las condiciones de calidad exigibles a juicio del Patronato, la dotación económica podría acumularse a la del ejercicio económico siguiente.
4. La resolución de las ayudas se hará pública antes del 30 de junio de 2005.
5. La relación de proyectos subvencionados se publicará en el BOLETÍN DE PEDIATRÍA, previa comunicación personal a los investigadores principales de cada proyecto.

XVI CURSO INTERNACIONAL DE AVANCES EN
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Oviedo, 12 y 13 de mayo 2005

Sede: Salón de Actos "Dr. Luis Estrada".

Hospital Covadonga.

Hospital Universitario Central de Asturias

Organiza: Sección de Nefrología Pediátrica.
Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario Central de Asturias.
Universidad de Oviedo

Jueves, 12 de mayo

Sesión matinal

09.00-9.15 Entrega de documentación

09.15-9.30 Presentación del Curso
Serafín Málaga

Actualización en nefrología pediátrica

Moderador: *Serafín Málaga*

09.30-10.00 **Hematuria.** *Flor Ángel Ordóñez* (Oviedo)

10.00-10.30 **Proteinuria.** *Antonia Peña* (Madrid)

10.30-11.00 **Masa renal.** *Luis Miguel Rodríguez* (León)

11.00-11.30 **Hipertensión arterial.** *Serafín Málaga* (Oviedo)

11.30-11.45 Discusión

11.45-12.15 Descanso - Café

12.15-12.45 **Fracaso renal agudo.** *Antonio Giménez*
(Barcelona)

12.45-13.15 **Fracaso renal agudo neonatal.** *Gonzalo Solís*
(Gijón)

13.15-14.00 **Insuficiencia renal crónica preterminal.**
Rafael Bedoya (Sevilla)

14.00-14.30 Discusión

14.30-16.30 Almuerzo

Sesión de tarde

16.30-17.00 **Glomerulonefritis aguda post-infecciosa**
Venancio Martínez (Oviedo)

17.00-17.30 **Nefropatías hematóricas. Síndrome de Alport**
Felipe R. Mota Hernández (México D.F.)

17.30-18.00 **Nefropatía de Schönlein Henoch: correlación
clínico-patológica y evolución a medio y largo
plazo.** *Felipe R. Mota Hernández* (México D.F.)

Viernes, 13 de mayo

Sesión matinal

Actualización en nefrología pediátrica

Moderador: *Fernando Santos*

09.00-9.30 **Nefropatía lúpica.** *Rafael Bedoya* (Sevilla)

09.30-10.00 **Prevención de nefropatía diabética.**
Isolina Riaño (Oviedo)

10.00-10.30 **Particularidades diagnósticas y terapéuticas
del lactante con síndrome nefrótico**
Fernando Santos (Oviedo)

10.30-11.00 **Manejo del síndrome nefrótico
corticorresistente.** *M^a Antonia Peña* (Madrid)

11.00-11.30 Discusión

11.30-12.00 Descanso - Café

12.00-12.30 **Obesidad como factor de riesgo de
hipertensión.** *Juan José Díaz Martín* (Oviedo)

12.30-13.00 **Manejo de la infección urinaria.**
Antonio Giménez (Barcelona)

13.00-13.30 **Manejo de la hidronefrosis de diagnóstico
prenatal.** *Rafael Pardo* (Oviedo)

13.30-14.00 Discusión

14.00-16.00 Almuerzo

Sesión de tarde

16.00-16.45 **Ritmo circadiano de producción de orina y
excreción urinaria de vasopresina y
prostaglandina E2 en el niño sano.**
Soren Rittig (Aarhus, Dinamarca)

16.45-17.15 **Aplicación de las técnicas urodinámicas en
la patología funcional del tracto urinario
inferior.** *Carlos Gutiérrez Segura* (Oviedo)

17.15-18.00 **Enuresis nocturna: estrategia internacional
de tratamiento basado en la evidencia.**
Soren Rittig (Aarhus, Dinamarca)

18.00 Clausura y entrega de diplomas

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD
ENTENDIENDO EL PROBLEMA

Oviedo, 17 de febrero 2005

Sede: Auditorio "Príncipe Felipe". Oviedo

Jueves, 17 de febrero

- 19.00-20.00 **Bases neurobiológicas, clínica y tratamiento**
*Josep Artigas. Servicio de Neurología
Pediátrica. Hospital Parc Tauli. Sabadell*
- 20.00-20.30 **Comorbilidad y pronóstico en el TDHA**
*Yolanda Ramos. Psiquiatría Infantil CSM.
Puerta de la Villa. Gijón*
- 20.30-21.00 **El papel del pediatra en el abordaje del TDAH**
Maximino Fernández. Pediatra CS La Felguera
- 21.00-21.30 **Coloquio**

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA
EN ATENCIÓN PRIMARIA

León, 26 y 27 de noviembre 2004

Viernes, 26 de noviembre

Medicina de la adolescencia

- 09.00-11.00 • Entrevista clínica del adolescente
• Efectos de las drogas ilegales
- 11.00-11.30 Café
- 11.30-12.30 • Nuestra experiencia en consulta joven
Dr. Germán Castellano
Presidente de la Sociedad Española de
Medicina del Adolescente
Pediatra acreditado en Medicina del
Adolescente. Cantabria
- Ginecología**
- 12.30-13.30 • Ginecología en la adolescencia
Dr. Vicente Orille
Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital de León

14.00-16.00 Comida

Psiquiatría

- 16.00-18.00 • Autismo y otros trastornos generalizados
del desarrollo
Dr. Enrique Ortega
Unidad de Psiquiatría Infantil-Juvenil.
Hospital de León

18.00-18.30 Café

Oncología Pediátrica

- 18.30-19.30 • Introducción
De la clínica al diagnóstico en:
- Leucemias
- Masas torácicas
- Masas abdominales

Sábado, 27 de noviembre

Oncología pediátrica

- 09.00-11.00 • De la clínica al diagnóstico en:
- Tumores cerebrales
- Retinoblastoma
- Tumores óseos
- Histiocitosis de células de Langerhans y
hemofagocíticas
• Urgencias oncológicas
• Trasplante de progenitores
hematopoyéticos
- 11.00-11.30 Café
- 11.30-13.30 • Efectos secundarios de la quimioterapia y
su manejo
• Aspectos éticos y legales de los
tratamientos oncológicos
• Mesa redonda
Dra. Purificación García de Miguel,
Dra. Ana Sastre
Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica.
Hospital Infantil La Paz. Madrid
- 13.30 Clausura

Fé de erratas

En el libro de Actas del Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares, publicado en el Boletín de Pediatría, Vol XLIV, Nº 190, 4/2004, en la comunicación "Hydrops fetal de causa inmune", páginas 228-229, por error apareció en la primera línea del tercer párrafo: "grupo sanguíneo materno **B Rh positivo**...", debiendo decir: "grupo sanguíneo materno **B Rh negativo**..."; y, en la quinta línea del quinto párrafo donde dice: "...grupo **O Rh negativo**", debe decir: "...grupo **O Rh positivo**".

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 han 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 paraclinicos 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; 3) la relación con publicaciones similares y su comparación con aspectos concordantes y discordantes; y 4) las indicaciones y directrices para futuras 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 seguidos 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-Álvarez 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 citas 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.

7. Figuras

Tanto se trate de gráficos, dibujos o fotografías, se numerarán en *caracteres árabes* por orden de aparición en el texto. Deben entregarse en papel o en copia de fotografía nítida en blanco y negro (no diapositiva) de un tamaño máximo de 20,3 por 25,4 cm. Las letras, números y

símbolos que aparezcan en las figuras deben ser claros y uniformes, y de tamaño suficiente para que la reducción de la figura no conlleve a que sean ilegibles. En el dorso de la figura debe adherirse una etiqueta en la que figuren: número de la figura, nombre del primer autor y orientación de la misma, por ejemplo, con una flecha. Las figuras se entregarán en un sobre, sin montar. Las microfotografías deben incluir escala e indicación de los aumentos.

Eventualmente es posible la reproducción de fotografías o de dibujos en color, siempre que sea aceptado por el Comité de Redacción y exista un acuerdo económico previo de los autores con la editorial. Si se reproducen fotografías con rostros de pacientes, éstos no deben resultar identificables y, si lo son, deben acompañarse de un permiso escrito de los padres en los que autoricen su reproducción. Los pies de figuras aparecerán en una hoja conjunta, indicando en ellos el título de la figura, breves observaciones y abreviaturas de la misma, de modo que se comprenda cada figura sin necesidad de leer el artículo.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS ORIGINALES

Debe enviarse **un trabajo original con un juego de tabla y de figuras a:**

Luis Miguel Rodríguez Fernández
Director del Boletín de Pediatría
Servicio de Pediatría. Hospital de León.
Altos de Nava s/n. 24071 León.

El trabajo debe acompañarse de una carta de presentación firmada por todos los autores, en la que deben expresar la originalidad del estudio y la cesión de los derechos de propiedad en caso de publicación del trabajo.

El envío, mediante correo postal o mensajero, debe hacerse en un sobre de papel fuerte, protegiendo el manuscrito con cartón, si se considera necesario, evitando la utilización de clips y no doblando las figuras. Debe adjuntarse un **disquete informático** con el texto del manuscrito en formato Word o similar, indicando en la etiqueta el nombre del fichero, sistema operativo y programa utilizado.

El envío simultáneo del manuscrito por correo electrónico al Director del Boletín (boletin@sccalp.org) no exime del envío postal o por mensajero indicado anteriormente.

Antes de enviar el trabajo se recomienda releer el texto, corregir los errores del mismo, revisar la numeración de la bibliografía, tablas y figuras y, finalmente, **comprobar el contenido del envío:**

- Carta con firma de todos los autores
- Página titular con título, lista de autores, nombre y dirección del Centro, financiación, teléfono, correo electrónico, y fecha de envío
- Resumen y palabras clave en castellano y, si es posible, en inglés
- Texto
- Bibliografía (en hojas aparte)
- Tablas (en hojas aparte)
- Leyendas de las tablas (en hoja aparte)
- Leyendas de las figuras (en hoja aparte)
- Figuras identificadas y protegidas
- Carta de permiso si se reproduce material
- Consentimiento firmado por los padres en su caso

Para una información más amplia se recomienda consultar:

1. Manual de Estilo. Medicina Clínica. Barcelona: Doyma; 1993.
2. Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997; 336: 309-316.