



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

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:	José Manuel Marugán de Miguelsanz
VICEPRESIDENTE ASTURIAS:	Gonzalo Solís Sánchez
VICEPRESIDENTE CANTABRIA:	María Jesús Cabero Pérez
SECRETARIA GENERAL:	Marianela Marcos Temprano
TESORERO:	Jesús María Andrés de Llano
PRESIDENTE DEL PATRONATO FESV:	Carlos Ochoa Sangrador
DIRECTOR DEL BOLETÍN:	Fernando Centeno Malfaz
DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:	Hermenegildo González García
VOCALES:	
ATENCIÓN HOSPITALARIA:	Lorenzo Guerra Díez
ATENCIÓN PRIMARIA:	Gonzalo de la Fuente Echevarría
CIRUGÍA PEDIÁTRICA:	Alberto Sánchez Abuín
ASTURIAS:	Leticia Alcántara Canabal
ÁVILA:	José María Maíllo del Castillo
BURGOS:	Pedro Pablo Oyágüez Ugidos
CANTABRIA:	Montserrat Matilla Barba
LEÓN:	Ana Carro Serrano
PALENCIA:	José Elviro Fernández Alonso
SALAMANCA:	Beatriz Plata Izquierdo
SEGOVIA:	Leticia González Martín
VALLADOLID:	Ana María Vegas Álvarez
ZAMORA:	Cristina Soler Balda
RESIDENTES:	
ASTURIAS:	Clara González López
CANTABRIA:	Daniel Perez González
CASTILLA-LEÓN:	Margarita Castro Rey

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Servicio de Pediatría.
Hospital Universitario Río Hortega
C/ Dulzaina, 2
47012 Valladolid
Tel 983420400 (ext 85601; 85611; 85605)
e-mail: boletin@sccalp.org

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

DIRECTOR FUNDADOR:	Ernesto Sánchez Villares†
DIRECTOR:	Fernando Centeno Malfaz (Valladolid)
SUBDIRECTOR:	Antonio Hedrera Fernández (Oviedo)
CONSEJO DE REDACCIÓN:	
	Victor Álvarez Muñoz (Oviedo) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Juan Arnáez Solís (Burgos) – <i>Neonatología</i>
	María Jesús Cabero Pérez (Santander) – <i>Neumología Pediátrica</i>
	Ramón Cancho Candela (Valladolid) – <i>Neuropediatría</i>
	Alfredo Cano Garcinuño (Valladolid) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Ernesto Matías de Diego García (Santander) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Carla Escribano García (Valladolid) – <i>Genética Clínica y Dismorfología</i>
	Hermenegildo González García (Valladolid) – <i>Hematología y Oncología Pediátricas</i>
	Lorenzo Guerra Díez (Santander) – <i>Urgencias pediátricas</i>
	María Soledad Jiménez Casso (Segovia) – <i>Cardiología Pediátrica</i>
	Santiago Lapeña López de Armentia (León) – <i>Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica</i>
	Venancio Martínez Suárez (Gijón) – <i>Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria</i>
	Gregorio de la Mata Franco (Burgos) – <i>Nefrología Pediátrica</i>
	Carlos Ochoa Sangrador (Zamora) – <i>Investigación y Pediatría Basada en la Evidencia</i>
	Elena Pérez Gutiérrez (Valladolid) – <i>Infectología Pediátrica</i>
	David Pérez Solís (Avilés) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Pablo Prieto Matos (Salamanca) – <i>Endocrinología Pediátrica</i>
	Corsino Rey Galán (Oviedo) – <i>Cuidados Intensivos Pediátricos</i>
	Marta Sánchez Jacob (Valladolid) – <i>Bioética y Pediatría Social</i>
	Gonzalo Solís Sánchez (Oviedo) – <i>Neonatología</i>
	Ricardo Torres Peral (Salamanca) – <i>Gastroenterología y Nutrición Pediátrica</i>
	Roberto Velasco Zúñiga (Valladolid) – <i>Urgencias pediátricas</i>

EDICIÓN Y PUBLICIDAD

ERGON CREACIÓN, SA.
C/ Arboleda, 1. 28221 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 (versión electrónica): 2340-5384
ISSN (versión impresa): 0214-2597



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

XVI Premio JOSÉ DÍEZ RUMAYOR del BOLETÍN DE PEDIATRÍA

Publicación Oficial de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
(SCCALP)

BASES DE LA CONVOCATORIA

1. Se establece un Premio de 750 €* destinado a recompensar el mejor trabajo publicado en el Boletín de Pediatría desde enero a diciembre del año 2020, ambos inclusive, dentro de las secciones de Revisiones, Originales y Casos Clínicos de la revista.
2. La selección del trabajo premiado será realizada por un jurado constituido por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría y su Director o por un Comité en el que delegue, que deberá estar integrado por personas de reconocido prestigio científico.
3. El Jurado del Premio se reunirá previamente a la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2021 y se considerará constituido cuando estén presentes la mayoría de sus miembros. Los artículos publicados serán evaluados objetivamente siguiendo criterios de calidad, originalidad y presentación.
4. El Jurado podrá declarar desierto el Premio si considera que ninguno de los trabajos publicados reúne los requisitos necesarios para ser premiado.
5. El fallo del Jurado será inapelable, debiendo publicarse en la página web de la SCCALP y debiendo ser comunicado al autor o autores correspondientes por carta oficial desde la Secretaría de la Sociedad.
6. La entrega del Premio, por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría, se hará con ocasión del acto de clausura de la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2021.

**Menos impuestos legalmente establecidos.*

Sumario

EDITORIALES

- 1 En el 25° aniversario de Don Ernesto
J.M. Marugán de Miguelsanz
- 2 Don Ernesto y los demás
V. Martínez Suárez

ORIGINALES

- 4 Casuística de anafilaxia en pacientes pediátricos en un hospital terciario
I. Robles Álvarez, L. Regueras Santos, A.G. Andrés Andrés, S. Fuentes Martínez, M.L. Álvarez Fernández, L. González Rodiño, A. Fernández García, A.I. Rodríguez Fernández
- 10 Sinusitis infantil: Comportamiento clínico, radiológico y bacteriológico en niños en una provincia de Ecuador
P. Paredes Lascano, A. Aguilar Salazar, F. Yáñez Orellana, A. Aguayo Escobar, A. Bravo Paredes
- 18 Encuesta a los alumnos de medicina de la Universidad de Oviedo: percepción sobre vocación, hábitos de vida y recreaciones, formación y actitudes profesionales
L. Alonso Rodríguez, L. García Campomanes, C. Riaza Ocio, V. Martínez Suárez

REVISIÓN

- 30 Habilidades de comunicación en la consulta de pediatría
M.E. Vázquez Fernández, C. Núñez Jiménez

NOTA CLÍNICA

- 35 Asociación de dolor y masa abdominal en niños. Presentación de dos casos clínicos
M. Hernández Carbonell, A.C. Hernández Villarroel, A.I. Valladares Díaz, A. García Rodríguez, M. Carrón Bermejo

CARTAS AL DIRECTOR

- 40 Reflexiones en una consulta de Atención Primaria en tiempos de pandemia
M.Á. Suárez Rodríguez
- 42 A ellas
A. Ibáñez Fernández

IN MEMORIAM

- 43 Don Valentín Salazar Alonso-Villalobos
F. Lorente, D. Fernández, T. Carbajosa
- 45 Jovino Baizán, modelo de pediatra
V. Martínez Suárez

- 46 NOTICARIO

Summary

EDITORIALS

- 1 On the 25th anniversary of Don Ernesto
J.M. Marugán de Miguelsanz
- 2 Don Ernesto and the others
V. Martínez Suárez

ORIGINAL ARTICLES

- 4 Casuistry of anaphylaxis in pediatric patients in a tertiary hospital
I. Robles Álvarez, L. Regueras Santos, A.G. Andrés Andrés, S. Fuentes Martínez, M.L. Álvarez Fernández, L. González Rodiño, A. Fernández García, A.I. Rodríguez Fernández
- 10 Childhood sinusitis: clinical, radiological and bacteriological behavior in children in a province of Ecuador
P. Paredes Lascano, A. Aguilar Salazar, F. Yáñez Orellana, A. Aguayo Escobar, A. Bravo Paredes
- 18 Survey to medical students of the University of Oviedo: perception on vocation, life and recreational habits, professional attitudes and training
L. Alonso Rodríguez, L. García Campomanes, C. Rianza Ocio, V. Martínez Suárez

REVIEW

- 30 Communication skills in the pediatric consultation
M.E. Vázquez Fernández, C. Núñez Jiménez

CLINICAL NOTE

- 35 Association of pain and abdominal mass in children. Presentation of two clinical cases
M. Hernández Carbonell, A.C. Hernández Villarroel, A.I. Valladares Díaz, A. García Rodríguez, M. Carrón Bermejo

LETTERS TO THE DIRECTOR

- 40 Reflections in a Primary Care consultation in pandemic times
M.Á. Suárez Rodríguez
- 42 To them
A. Ibáñez Fernández

IN MEMORIAM

- 43 Don Valentín Salazar Alonso-Villalobos
F. Lorente, D. Fernández, T. Carbajosa
- 45 Jovino Baizán, pediatric model
V. Martínez Suárez

- 46 NEWS

Editorial

En el 25º aniversario de Don Ernesto

J.M. MARUGÁN DE MIGUELSANZ

Presidente de la SCCALP

El pasado 16 de mayo de 2020 se cumplieron 25 años de la desaparición de **Don Ernesto Sánchez Villares**. Sus discípulos directos lo tuvimos bien patente, y no le hemos olvidado. Hace 5 años, en el número 234 del *Boletín de Pediatría*, coincidiendo con su vigésimo aniversario, ya hicimos un extenso recuerdo de su enorme figura y de su inmenso legado, que no vamos a reiterar. Todos los pediatras de la SCCALP hemos heredado su impronta en la vivencia plena de la pediatría, de la ciencia y de la enseñanza universitaria, y los que tuvimos el placer de ser sus alumnos directos lo recordamos con orgullo. En el presente número, el Dr. Venancio Martínez Suárez, anterior presidente de la SCCALP, realiza un recuerdo admirado de su figura en un artículo titulado "Don Ernesto y los demás". Le agradezco este entrañable escrito en su recuerdo. Don Ernesto ha marcado profesionalmente a varias generaciones de pediatras formados en nuestras tres comunidades autónomas, y sigue presente en muchas de nuestras actuaciones como sociedad científica.

El número actual del *Boletín de Pediatría* recoge también otros interesantes artículos, y el próximo número será casi monográfico sobre cardiología pediátrica, aprovechando la celebración del curso de excelencia 2020 en Ávila, desarrollado con gran éxito.

Tampoco podemos olvidar el momento en que nos encontramos, inmersos en plena pandemia por coronavirus, que todo lo ha cambiado, nuestro trabajo, las relaciones personales y nuestras vidas en general. El contacto humano tan necesario para nuestra profesión y avance científico nos está siendo imposible, y es difícil establecer proximidad y colaboración entre nosotros.

Sin embargo, los pediatras estaremos con seguridad a la altura de lo esperado en la atención al niño y a sus familias, superando la presión y gran estrés a que estamos con frecuencia sometidos en estas difíciles condiciones, a la espera de que todo esto tenga un cercano final.

Correspondencia: Dr. J.M. Marugán de Miguelsanz. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Correo electrónico: jmmarugan@telefonica.net

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Editorial

Don Ernesto y los demás

V. MARTÍNEZ SUÁREZ

*Pediatra. Centro de Salud El Llano (Gijón).
Expresidente de la SCCALP*

En buena medida, una sociedad profesional es el rostro visible del colectivo que en ella se relaciona y al que representa. Si esta no tuviera fisonomía sería porque tal colectividad carece de rostro espiritual, de conciencia unitaria. En los rasgos que la configuran y definen, la SCCALP expresa la sensibilidad, la aspiración y el mismo criterio científico de la mayoría de nosotros. Quienes la fundaron hicieron de ella un punto de encuentro, que no otra cosa es la voluntad de compartir, de unir las partes. Sobre esta voluntad, la apetencia emocional y el vago ideal. Y para que todo ello se materializase y realizase, el advenimiento milagroso y el concurso fortuito de un hombre. Digo un hombre como podía haber dicho varios, o tal vez muchos. Tanto monta.

Ahora que nos encaminamos a celebrar los 65 años de ese proyecto enormemente fecundo en varias direcciones, debería insistirse en algunos hitos recientes que explican que este conjunto triautonómico de pediatras haya decidido mantenerse tal como fue concebido y tal como vino siendo hasta ahora, a veces en contra de vientos políticos y presiones de grupos particulares. En el número 168 de nuestro *Boletín (Memoria General de la SCCALP, enero de 1998)*, los doctores Solís, Alberola y Marugán de Miguelsanz dejaron sellado uno de nuestros referentes primeros: el propio devenir de la Sociedad, la voluntad heredada y el ya amplio –y en general sereno– discurrir de los acontecimientos. Si no se hubiese entendido así, no se habrían logrado alcanzar estos casi 13 lustros de andadura. El valor de aquella acción fundacional no puede prescindir de sus provechosos efectos



y consecuencias. Todo en su realización ha sido interés, labor y diligencia de gente comprometida, aunque hay nombres que sobresalen por derecho, por razón de justicia.

Se cumplen ahora 25 años del fallecimiento del profesor Sánchez-Villares, y resulta inexcusable recordarlo en estas

Correspondencia: Dr. Venancio Martínez Suárez. Centro de Salud El Llano (Gijón).
Correo electrónico: martinezvenancio@uniovi.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

páginas. Y al repasar lo que fue su vida, hacerlo con un sentimiento de respeto, admiración y gratitud. Su categoría científica, profesional y humana no puede ser resumida en un espacio tan breve como este; tampoco parece que sea el momento de exponer la magnitud y calidad de su actividad asistencial, de su tarea investigadora o de sus publicaciones, de sus méritos, puestos oficiales y distinciones honoríficas. Y no creo que deba de ser quien esto suscribe el que deba dar el detalle de su trayectoria, tan conocida por los que compartieron su día a día durante años. Para conocer todos esos aspectos debiera consultarse lo dicho por su discípulo predilecto, el profesor Crespo Hernández, y lo que algunas notas necrológicas en diferentes medios esquemáticamente exponían de lo más sobresaliente de su currículum. Así, lo aparecido en el *Boletín de Pediatría* número 35 de 1995. O en el magnífico texto *Estudios de pediatría: homenaje al profesor Sánchez-Villares*, editado por la Universidad de Valladolid en 1996. Es de gran interés la glosa a lo que fueron sus cualidades humanas y todos sus logros que a lo largo de los años nos han ofrecido Sánchez Granjel, Álvarez Guisasola, Alfredo Blanco, Julio Ardura, Collado Otero y el patriarca vivo de la pediatría española, don Manuel Cruz. Puede que su labor docente, orientada por su amor a la Universidad y a la medicina infantil, y la creación e impulso de la SCCALP hayan sido sus obras más queridas.

En el aspecto humano, mi valoración se ha formado mayoritariamente por personas interpuestas, habiendo coincidido personalmente con él en escasas ocasiones y por breve tiempo. La primera vez en el Memorial celebrado en Santander en el año 1991, al que llevaba mis primeras comunicaciones como Residente de primer año recién estrenado. Estaba sentado en el Palacio de Congresos junto al doctor Manuel Crespo, que me llamó al pasar a su lado y me lo presentó como hijo de mi padre: “Venancio empezó ahora con nosotros y es hijo del pediatra de Navia”, respondiendo él: “¡Ah, el de la claumatografía!”. Evidentemente, su memoria y su rapidez para activarla me sorprendieron. Luego pude saber más de la relación que ambos mantuvieron al leer algunas cartas que se habían intercambiado a mediados de los años sesenta con motivo de los originales estudios realizados por el “pediatra de Navia” sobre el llanto infantil. A partir de aquel encuentro le pude saludar un par de veces más y le pude oír hablar en público en alguna reunión profesional, en las que se mostraba siempre didáctico, claro, seguro, preciso sin retórica, con escasas citas ajenas, todas oportunas. Y durante mi especialización fui leyendo tam-

bién alguno de sus trabajos y colaboraciones en las revistas pediátricas españolas, especialmente en nuestro *Boletín*, que revisé completamente al llegar a la presidencia de la Sociedad. Esto último me ha permitido valorarlo como persona inquieta y de gran ambición intelectual, de gran cultura y como excelente escritor. Todo ello dio como corolario una escuela pediátrica todavía activa, transcurridas casi cuatro generaciones. Puedo asegurar que los que se sienten sus seguidores lo recuerdan con veneración y en toda ocasión lo hacen saber. Nuestro *Memorial* ha sido el escenario natural para recoger esas manifestaciones de fidelidad y devoción, dejando sus autores en nuestra revista páginas admirables como crónica de nuestra historia común.

Como “locuaz, sociable y clarividente” definía Miguel Delibes a don Ernesto, añadiendo: “Sánchez-Villares, hombre de mucho talento, sabía dejar espacios huecos para que los demás intervinieran, se acercaran al tema. En sus habituales tertulias, la humanidad de don Ernesto se hacía notar soñador... ¡qué fácil le resulta conectar con los colegas más jóvenes e infundirles ánimos, inquietudes, ilusiones! Se nos ha ido el hombre que marcó su vida con una febril actividad”. Para el doctor Crespo era “generoso en el dar, olvidadizo en el recibir, ávido en el saber, aglutinador de discrepantes... La Pediatría ha perdido a un experto clínico; la Universidad, a uno de sus mejores docentes; los niños, a su gran valedor; la sociedad, al Pediatra con mayúsculas; las familias vallsolietanas, al gran profesional y mejor persona; todos, a un amigo”. Dos años más tarde, en el momento de su ingreso como Miembro de Número de la Real Academia de Medicina del Principado, su inquebrantable amigo dejaba nuevas palabras de recuerdo y llenas de emoción: “Don Ernesto donde fue sembró amistad e hizo de ella la clave de su quehacer diario; un auténtico caballero castellano de buen hacer y sentir en todos los momentos de su vida”. [...] “Veneró con generosidad a su maestro. Se entregó incondicionalmente a sus discípulos. Respetó y admiró a sus colegas. Quiso a los suyos, y ennobleció el bello arte de médico de niños y de profesor universitario”.

Pronto (en junio de 2022) se cumplirá un siglo de su nacimiento en el pueblo vitigudínense de Villavieja de Yeltes, en la antigua Tierra de Ciudad Rodrigo. Ya sin epidemias perturbadoras que puedan difuminar su recuerdo podremos retomar los planes que la actual Junta Directiva preparaba para conmemorar el 25 aniversario de su desaparición, que será de homenaje feliz y agradecido a su figura, a “los demás” y a lo que representamos nosotros todos.

Original

Casuística de anafilaxia en pacientes pediátricos en un hospital terciario

I. ROBLES ÁLVAREZ, L. REGUERAS SANTOS, A.G. ANDRÉS ANDRÉS, S. FUENTES MARTÍNEZ,
M.L. ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, L. GONZÁLEZ RODIÑO, A. FERNÁNDEZ GARCÍA, A.I. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León.

RESUMEN

Introducción. La anafilaxia es una reacción alérgica multisistémica grave, de instauración rápida, potencialmente mortal, que puede afectar a niños y jóvenes.

Objetivos. Describir las características de pacientes pediátricos diagnosticados de anafilaxia en Urgencias del Hospital Universitario de León.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de casos diagnosticados de anafilaxia en el Servicio de Urgencias mediante un análisis clínico y epidemiológico.

Resultados. 29 pacientes, un 0,075% de las Urgencias. El 65% eran niños. Edad media 5,54 años (2,8 DE). Un 40% tenían diagnóstico previo de alergia, siendo la alergia a proteínas de leche de vaca la más frecuente (35%), seguido de los frutos secos (17%). El 69% presentaron dos o más de los siguientes síntomas: cutáneos, edema de mucosas, dificultad respiratoria, clínica digestiva. El otro 31% presentaban únicamente síntomas cutáneos acompañados de dificultad respiratoria. Ninguno había recibido adrenalina autoinyectable en sus domicilios a pesar de que un 27% de los niños había tenido un episodio previo de anafilaxia y tenían adrenalina autoinyectable. En el Servicio de Urgencias, 27 de los 29 pacientes recibieron adrenalina intramuscular, a una dosis de 0,01 mg/kg, excepto un paciente que recibió el doble. El 45% precisaron ingreso, un 15% en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones. La prevalencia de la anafilaxia es baja. La clínica más prevalente son los síntomas cutáneos y respiratorios. Un número importante eran alérgicos previamente diagnosticados y otros habían tenido un episodio previo de anafilaxia, sin embargo a ninguno se le había administrado adrenalina autoinyectable domiciliaria.

Palabras clave: Anafilaxia; Alergia; Adrenalina autoinyectable.

ABSTRACT

Introduction. Anaphylaxis is a severe, rapidly onset, life-threatening and multisystemic allergic reaction that can affect children and young people.

Objectives. To describe the characteristics of pediatric patients diagnosed with anaphylaxis in the Emergency Department of the University Hospital of León.

Material and methods. A descriptive retrospective study of diagnosed cases of anaphylaxis in the emergency department was carried out through a clinical and epidemiological analysis.

Results. 29 patients, 0.075% of the emergencies. 65% were children. Average age 5.54 years (2.8 SD). 40% had a previous diagnosis of allergy, cow's milk proteins the most frequent allergy (35%), followed by nuts (17%). 70% presented two or more of the following symptoms: skin, mucosal edema,

Correspondencia: Dra. Irene Robles Álvarez. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. Altos de Nava, s/n. 24071 León.

Correo electrónico: irobles@saludcastillayleon.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

respiratory distress, digestive symptoms. The other 30% had only skin symptoms accompanied by respiratory distress. None had received auto-injectable adrenaline at home, despite the fact that 27% of the children had had a previous episode of anaphylaxis and had auto-injectable adrenaline available. In the emergency department, 27 of the 29 patients received intramuscular epinephrine at a dose of 0.01 mg/kg, one patient received double the dose. 45% required hospitalization, 15% were placed in the Intensive Care Unit.

Conclusions. The prevalence of anaphylaxis is low. The most prevalent symptoms are cutaneous and respiratory symptoms. A significant number of patients were previously diagnosed with allergies and others had had a previous episode of anaphylaxis, however none had received auto-injectable adrenaline at home.

Key words: Anaphylaxis; Allergy; Auto-injectable adrenaline.

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es una reacción alérgica grave, de inicio rápido y potencialmente mortal^(1,2), con una incidencia en la población general en torno al 1%. Es un síndrome complejo que se desencadena generalmente por mecanismos inmunológicos Ig-E mediados, aunque también se han visto otros mecanismos^(3,4).

Existen unos criterios clínicos diagnósticos de anafilaxia (Guía Galaxia publicada en el año 2016); se debe cumplir al menos uno de los tres criterios⁽³⁻⁶⁾:

- Criterio 1. Inicio brusco de síntomas cutáneos o afectación de mucosas (habones, urticaria, angioedema, etc.) y al menos uno de los siguientes:
 - Compromiso respiratorio (disnea, broncoespasmo, estridor, etc.).
 - Disminución de la presión arterial o datos de disfunción orgánica (síncope, incontinencia, hipotonía, etc.).
- Criterio 2. Inicio brusco de síntomas que afecten al menos a dos de los siguientes sistemas tras la exposición a un alérgeno probable:
 - Afectación mucocutánea (habones, eritema, edema de lengua o úvula, etc.).
 - Compromiso respiratorio.
 - Síntomas gastrointestinales persistentes.
- Criterio 3. Disminución de la presión arterial en los minutos u horas posteriores a la exposición al alérgeno.

El curso de la anafilaxia es variable y en algunas ocasiones autolimitado, pudiendo encontrarnos pacientes que refieren haber tenido síntomas que cumplen los criterios

diagnósticos, pero asintomáticos o con síntomas leves en el momento de la valoración^(3,5).

Aunque la anafilaxia es una reacción que se puede producir en pacientes sin ningún antecedente de alergia, es más frecuente en niños diagnosticados de alergia, asmáticos o con piel atópica^(3,4). También es potencialmente más probable que ocurra un segundo episodio de anafilaxia en un paciente que ya ha sufrido un primer episodio que en el resto de la población, por esto es tan importante que a todos los familiares y pacientes dados de alta se les explique el uso correcto de la adrenalina autoinyectable, la importancia de llevarla siempre con ellos y que la dosis sea adecuada a su edad y peso^(6,7).

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes menores de 14 años que fueron diagnosticados de anafilaxia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de León (CAULE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los informes de alta de todos los pacientes menores de 14 años que acudieron al Servicio de Urgencias del CAULE con diagnóstico al alta de anafilaxia o reacción anafiláctica entre julio de 2017 y septiembre de 2019. Para ello se realizó una búsqueda en el programa informático del hospital.

Se analizaron una serie de datos epidemiológicos y clínicos:

- Datos epidemiológicos: edad en el momento del diagnóstico, sexo, antecedentes de alergia o asma, antecedentes de anafilaxia previa, época estacional y alérgenos previamente conocidos.
- Datos clínicos: alérgeno causal, administración de adrenalina domiciliaria, dosis de adrenalina administrada, otros fármacos administrados y dosis, necesidad de ingreso en la planta de Pediatría o en la Unidad de Cuidados Intensivos, tiempo de evolución hasta acudir al Servicio de Urgencias, criterios clínicos que cumplían para ser diagnosticados de anafilaxia: clínica cutánea, respiratoria, digestiva, mucosa o hipotensión.

Los datos se recogieron en el programa Microsoft Excel, realizando un análisis descriptivo de los mismos.

RESULTADOS

Datos epidemiológicos

Se resumen en la tabla I. Presentaron anafilaxia durante el tiempo de estudio 29 pacientes de 38.720, el 0,075% de

TABLA I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

	Número total	Porcentaje (%)
Urgencias totales en ese periodo	38.720	100
Episodios de anafilaxia	29	0,075
Diagnóstico previo de alergia de etiología desconocida	12	41
Episodio previo de alergia de origen desconocido	1	3,4
Episodio previo de broncoespasmos	5	17
Episodio previo de anafilaxia	8	27,5

las visitas a Urgencias. De los 29 pacientes estudiados, un 65% eran niños. La edad media al diagnóstico fue de 5,54 años (2,8 DE), con una mediana de 5 años. En relación a los antecedentes personales de los pacientes, el 41% tenían un diagnóstico previo de alergia conocida, y un niño había presentado una reacción alérgica previa de origen desconocido (se reflejan en la figura 1). El alérgeno conocido más frecuente fue la proteína de la leche de vaca (6 pacientes, un 37% de los casos), seguido de los frutos secos (3 pacientes, un 19%). Un 17% habían tenido episodios previos de broncoespasmos de repetición y un 27,5% de los niños habían sufrido un cuadro previo de anafilaxia.

La época del año donde más casos hubo fue en verano (35% de los casos), seguido de invierno (24%) y primavera (24%), siendo otoño la época menos frecuente (17% de los

casos). Los alérgenos causales del cuadro de anafilaxia se reflejan en la figura 2.

Datos clínicos

Dentro de los criterios clínicos de diagnóstico de anafilaxia explicados en la introducción, se observó que casi todos los niños (69% en total) presentaban el criterio 2 (al menos dos de los siguientes: síntomas mucocutáneos, síntomas digestivos y/o compromiso respiratorio), el resto presentaban el criterio 1 (síntomas mucocutáneos asociados a dificultad respiratoria) y ninguno de los niños presentaba el criterio 3. Los síntomas más frecuentes fueron la clínica cutánea, 20 de los niños (un 68% del total) (urticaria, angioedema o erupción cutánea...), y la clínica respiratoria, también presentada en 20 de los niños (dificultad para respirar, taquipnea, estridor, sibilancias o tos), seguido de la afectación de las mucosas, 18 de los 29 pacientes (62%) (edema palpebral, edema labial, edema de úvula o lingual...) y de la clínica digestiva, 12 de los niños (vómitos y dolor abdominal). Solo un niño presentó hipotensión en el momento del diagnóstico inicial.

El tiempo medio transcurrido entre el inicio del cuadro y su llegada al CAULE fue de 81 minutos (63 DE). La mediana de tiempo que tardaron los niños en acudir al Servicio de Urgencias del hospital fue de 60 minutos. A ninguno de los 29 niños se le había administrado adrenalina domiciliaria.

Ventiséis de los 29 niños recibieron una única dosis de adrenalina intramuscular a 0,01 mg/kg, un paciente precisó dos dosis de adrenalina (0,02 mg/kg) y los dos niños restantes no recibieron ninguna dosis. A todos los pacientes se les administró otro fármaco que no era la adrenalina en fun-

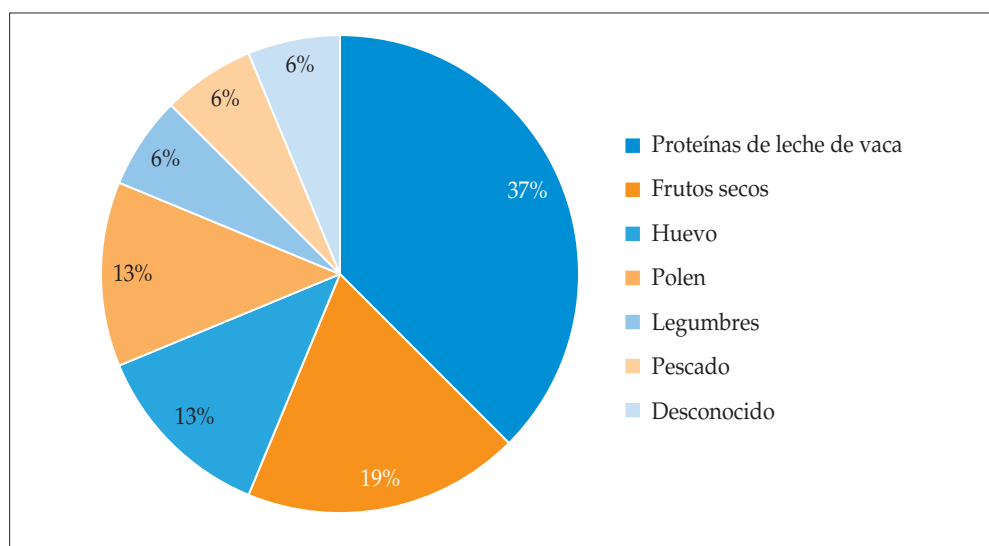


Figura 1. Alérgenos previamente conocidos.

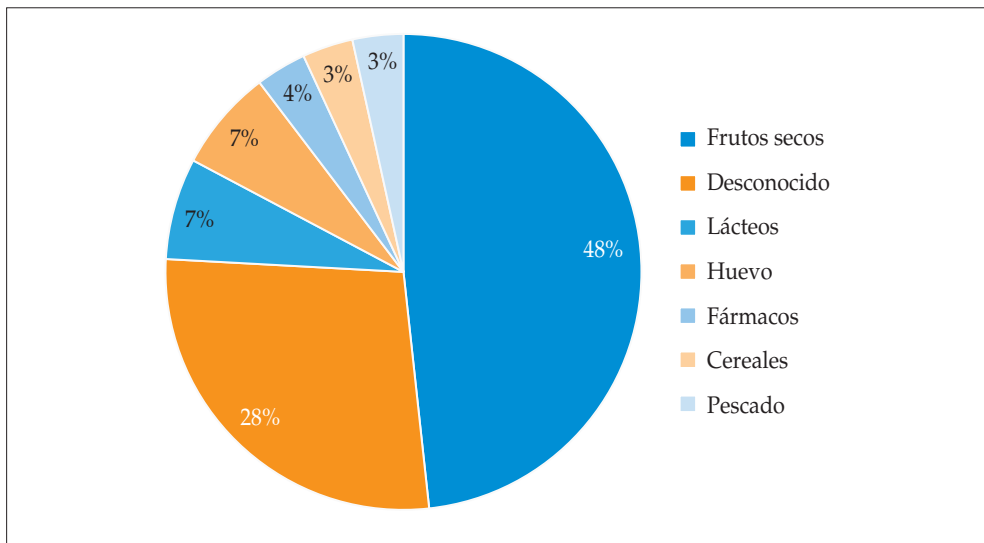


Figura 2. Alérgenos causantes de anafilaxia.

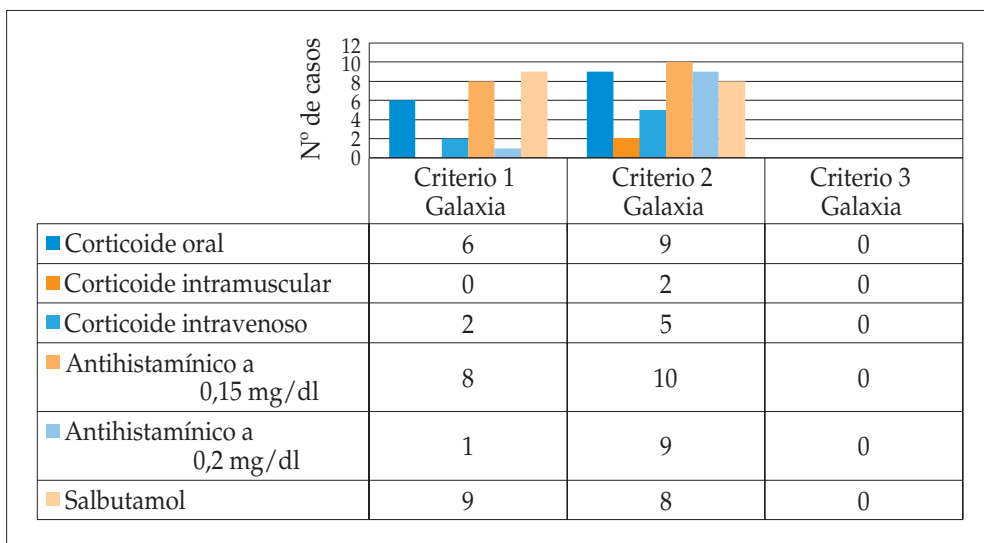


Figura 3. Fármacos administrados en el Servicio de Urgencias.

ción de la clínica prevalente (Fig. 3). En general, a los niños con dificultad respiratoria se les administró salbutamol y/o bromuro de ipatropio (50%); los niños con clínica cutánea recibieron antihistamínicos (Dexclorfeniramina oral) a una dosis media de 0,16 mg/kg. Casi todos los niños (un 86% en total) recibieron corticoide a una dosis media 2 mg/kg, siendo la vía de administración más prevalente la vía oral, seguida de la intravenosa.

Tras la administración de la adrenalina, junto con otros fármacos (Fig. 3), casi todos los casos se resolvieron sin complicaciones, aunque el 37% precisaron ingreso en la planta de Pediatría para observación y control de posibles complicaciones. Dos pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuida-

dos Intensivos Pediátricos por complicación del cuadro: una respuesta insuficiente con progresión del cuadro a pesar de los fármacos administrados en Urgencias. Ambos ingresaron en cuidados intensivos para monitorización y administración de sueroterapia intravenosa, adrenalina y otros fármacos. A un 17% de los pacientes se les extrajo muestra para análisis de triptasa sérica en el momento del ingreso, siendo en todos los casos el valor inferior a 11,4 mg/dL.

Todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Urgencias del CAULE fueron dados de alta con corticoide oral (si lo habían recibido en el Servicio), con antihistamínicos durante dos o tres días y con adrenalina autoinyectable de forma preventiva.

DISCUSIÓN

Según datos de la Asociación Española de Pediatría, en la población general se estima una prevalencia de la anafilaxia del 0,05 al 2%, siendo más prevalente en niños menores de 3-4 años y en adolescentes⁽⁷⁾. En el estudio de nuestra población la prevalencia de anafilaxia respecto al volumen de niños que visitaron Urgencias de nuestro hospital fue un 0,075%. La edad media en nuestro estudio es de 5,54 años (DE 2,8), con una mediana de 5 años, es decir, edades un poco mayores a las esperadas.

En la población general los alérgenos más frecuentes causantes de anafilaxia son los alimentos^(3,4,8), en concreto proteínas de leche de vaca y huevo, en cambio en nuestro estudio serían los frutos secos. La Asociación Española de Pediatría refleja que parece influir la edad: la leche y el huevo serían las primeras causas en niños menores de 2 años, y los frutos secos como la avellana y el anacardo en preescolares. Esto sería compatible con que en nuestros datos sean más prevalentes los frutos secos porque la edad media de nuestro grupo está situada por encima de los dos años.

Según el registro europeo, en niños mayores y adolescentes las picaduras por himenópteros constituyen la segunda causa de anafilaxia pediátrica⁽⁹⁾. Sin embargo, en nuestro estudio ninguno de los niños había sufrido picaduras ni reacciones no relacionadas con la ingesta, lo que puede estar influido por la baja prevalencia de anafilaxia en nuestro centro. Según el registro europeo, los medicamentos son la tercera causa de anafilaxia pediátrica⁽⁹⁾, en concreto los antibióticos betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En nuestro estudio, sin embargo, serían la quinta causa, por detrás de los lácteos y del huevo, y serían sobre todo los AINE.

Los síntomas más frecuentes en la población general son los mucocutáneos, apareciendo hasta en el 90% de las ocasiones, seguido de los respiratorios⁽¹⁰⁾. En nuestros datos diferenciamos la clínica cutánea de la alteración de las mucosas, la clínica más frecuente fue cutánea y respiratoria, a igualdad de prevalencia, por encima de la afectación de las mucosas.

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico, pero hay marcadores serológicos que se pueden utilizar para corroborar nuestra sospecha⁽³⁾. Los niveles de triptasa sérica se elevan aproximadamente 90 minutos después del inicio de síntomas, permaneciendo elevados hasta 3 horas. Se ha propuesto la determinación de niveles seriados para aumentar su rendimiento diagnóstico^(7,11). Se ha sugerido que los niveles de triptasa están elevados fundamentalmente en los casos de anafilaxia con hipotensión. También parece influir el alérgeno, habiéndose detectado elevaciones sobre todo cuando

el desencadenante es un medicamento o himenóptero. En cambio, suele estar ausente en el caso de los alimentos, porque en estos casos la degranulación parece ser a expensas de los basófilos y no de mastocitos^(7,11). En nuestro estudio se realizó la determinación de triptasa sérica solo a un 17% de los niños en dos ocasiones, la primera en el momento del ingreso y la segunda a partir de las 24 horas. En ninguno de los niños de nuestro estudio salieron valores por encima de 11,4 mg/dl, datos compatibles con que todos a los que se les realizó la prueba habían sufrido anafilaxia de origen alimentario.

En este trabajo cabe destacar que a ninguno de los 29 niños se le había administrado adrenalina domiciliaria, a pesar de que el 27% habían tenido cuadro de anafilaxia previa, y por tanto sus familiares disponían de la adrenalina autoinyectable y conocían la forma de administración. Hay que recalcar que todos los familiares de un niño con episodio previo de anafilaxia deberían recibir las recomendaciones de actuación ante un nuevo episodio: retirada inmediata del contacto con el alérgeno, colocar al niño en una posición que le permita respirar y administración de la adrenalina. Deben entender que la adrenalina es el tratamiento de primera línea en el caso de anafilaxia, que debe administrarse lo antes posible y que no existen contraindicaciones absolutas para su uso^(2,7). Numerosos estudios han demostrado que su administración previa a la llegada a Urgencias disminuye la posibilidad de ingreso comparado con su administración tras su llegada al hospital, y que el retraso de administración es el principal factor asociado a riesgo de fallecimiento.

Todos nuestros pacientes recibieron un informe de alta con el tratamiento pautado, la prescripción del autoinyector de adrenalina, las indicaciones de ante qué clínica contactar con el Servicio de Urgencias y ante qué clínica administrar de manera inmediata adrenalina. Además estaba escrito que una copia del informe debía ser entregada de manera temprana a su pediatra de Atención Primaria para ponerle en conocimiento. Todos los niños que precisaron ingreso fueron derivados a las consultas de Alergología directamente desde el hospital.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico. La causa más frecuente en nuestro estudio es la de origen alimentario. A pesar de que un número importante de niños de nuestro estudio tenían a su disposición adrenalina autoinyectable sus familiares no se la administraron. Es importante incidir de forma intensa en la educación de las familias, explicándoles los beneficios de la administración

rápida de la adrenalina y los posibles efectos adversos de retrasar su administración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF, Allan Bock S, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *Ann Emerg Med.* 2006; 47:373-80.
2. Cardona V, Cabañes N, Chivato T. Guía de actuación en anafilaxia: Galaxia. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2016.
3. Simons FE, Sampson HA. Anaphylaxis: unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years). *J Allergy Clin Immunol.* 2015; 135: 1125-31.
4. Juliá Benito JC, Sánchez Salguero CA, Alvarado Izquierdo MI, et al. Manual de anafilaxia pediátrica. 1ª ed. Mayo 2017.
5. Juliá Benito JC, Álvarez Caro F. Anafilaxia en Pediatría. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019; 2: 363-80.
6. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, Brown SG, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 117: 391-7.
7. Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin A, Köhli A, Lange L, Spindler T, et al. Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol.* 2016; 137: 1128-37.
8. Simons FE, Ebisawa M, Sánchez-Borges M, Thong BY, Worm M, Tanno LK, et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. *World Allergy Organ J.* 2015; 8: 32.
9. Loprinzi Brauer CE, Motosue MS, Li JT, Hagan JB, Bellolio MF, Lee S, et al. Prospective validation of the NIAID/FAAN criteria for Emergency Department diagnosis of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016; 4: 1220-6.
10. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA, et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; 115: 584-91.
11. Schwartz LB, Yunginger JW, Miller J, Bokhari R, Dull D. Time course of appearance and disappearance of human mast cell tryptase in the circulation after anaphylaxis. *J Clin Invest.* 1989; 83: 1551-5.

Original

Sinusitis infantil: Comportamiento clínico, radiológico y bacteriológico en niños en una provincia de Ecuador

P. PAREDES LASCANO, A. AGUILAR SALAZAR, F. YÁNEZ ORELLANA, A. AGUAYO ESCOBAR, A. BRAVO PAREDES

Servicio de Pediatría. Hospital General Ambato. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Introducción. Las infecciones respiratorias en pediatría son la primera causa de morbi-mortalidad en niños en todo el mundo, y en este contexto la sinusitis actualmente es la cuarta causa de consulta privada y pública. Su etiología puede ser viral y bacteriana. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, de imagen y factores de riesgo a los que se expone la población infantil.

Objetivos. Caracterizar el comportamiento clínico de la sinusitis en niños y adolescentes para proponer criterios clínicos, para el diagnóstico y sugerir un tratamiento empírico basado en la sensibilidad de los patógenos estudiados. Determinar la prevalencia de valores elevados de IgE y su relación con la ceniza volcánica como factor de riesgo.

Metodología. Estudio descriptivo, transversal, que incluyó pacientes entre 1 a 17 años de edad, clasificados en tres grupos etareos, que asistieron a la consulta externa del Hospital General Ambato - Ecuador con diagnóstico de sinusitis aguda, durante el período de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Resultados. La prevalencia de sinusitis fue mayor en el grupo de edad entre 4 a 10 años (60,8%), quienes además mostraron una elevación de IgE (69,4%), presumiendo un despertar de expresión atópica secundaria a exposición a ceniza volcánica. Se identificaron criterios mayores y menores por grupos etareos, encontrando a los puntos de Valleix, *Clearance* faríngeo y obstrucción nasal como signos y síntomas presentes en todos los grupos. Los gérmenes aislados

en cultivos fueron *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* tipo III, gérmenes que mostraron sensibilidad a antibióticos convencionales.

Conclusión. El *Clearance* faríngeo, obstrucción nasal y la positividad en los puntos de Valleix fueron los síntomas y signos más frecuentes para sinusitis en todos los grupos de edad. El patógeno aislado con mayor prevalencia fue el *S. aureus* y el *H. influenzae* biotipo III. La exposición a ceniza volcánica debe ser considerada como factor de riesgo.

Palabras clave: Sinusitis; Factores de riesgo; Criterios clínicos; *Clearance* faríngeo.

ABSTRACT

Introduction. Respiratory infections in pediatrics are the first cause of morbidity and mortality worldwide; in this context, sinusitis has increased in the pediatric population, currently constituting the fourth cause of private and public consultation, caused by viral and bacterial infections. The diagnosis is based on clinical criteria, imaging and risk factors to which the child population is exposed.

Objectives. Characterize the clinical behavior of sinusitis in children and adolescents to propose clinical criteria for diagnosis and suggest an empirical treatment based on the sensitivity of the pathogens studied. To determine the prevalence of high IgE values and its relationship with volcanic ash as a risk factor.

Correspondencia: Patricia Paredes Lascano. Av. Rodrigo Pachano y Edmundo Martínez. 180101 Ambato - Ecuador.
Correo electrónico: patypediatra68@gmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Methodology. A descriptive, cross-sectional study was included patients between 1 and 17 years of age, classified in three staging groups, who attended the external consultation of the Ambato General Hospital - Ecuador with a diagnosis of acute sinusitis, during the period of January 2015 - December 2016.

Results. The prevalence of sinusitis was higher in the age group between 4 and 10 years (60.8%), who also showed an elevation of IgE (69.4%), presuming an awakening of atopic expression secondary to exposure to volcanic ash. Major and minor criteria were identified by age groups, finding Valleix points, Pharyngeal clearance and nasal obstruction as signs and symptoms present in all age groups. The pathogens isolated in cultures were *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* type III, germs that showed sensitivity to conventional antibiotics.

Conclusion. Pharyngeal clearance, nasal obstruction and positivity in Valleix points were the most frequent symptoms and signs for sinusitis in all age groups. The most prevalent isolated pathogen was *Staphylococcus aureus* and *Haemophilus influenzae* biotype III. Exposure to volcanic ash should be considered as a risk factor.

Key words: Sinusitis; Risk factors; Clinical criteria; Pharyngeal clearance.

INTRODUCCIÓN

La sinusitis infantil es la inflamación de uno o más senos paranasales que se encuentra precedida generalmente por una infección respiratoria viral de la vía aérea superior que se debe a la continuidad de la mucosa nasal y senos paranasales, que con un periodo evolutivo mayor a 10 días supone sobreinfección bacteriana⁽¹⁻³⁾. De acuerdo al tiempo de evolución, puede ser aguda menor de 30 días, subaguda entre 30 y 90 días y crónica mayor a 90 días. La forma recurrente se caracteriza por la presencia de episodios agudos de 1 a 4 semanas de duración, separados por períodos asintomáticos de por lo menos 10 días con una frecuencia mayor a 4 episodios por año^(4,5).

En la mayoría de los casos la sinusitis en la edad pediátrica se debe a una sobreinfección de los senos paranasales posterior a una rinitis aguda de origen viral. Se produce una inflamación de la mucosa sinusal, con obstrucción del orificio de drenaje, lo que provoca estasis de moco que finalmente se infecta. Se considera que el 10% de las sinusitis son bacterianas⁽⁶⁾.

La sinusitis aguda bacteriana presenta una serie de manifestaciones clínicas, tales como congestión nasal bila-

teral, rinorrea, tos persistente, dolor facial, vómito, dolor dental, hiposmia y anosmia, que varían de acuerdo a la edad de presentación, de manera que en los niños más pequeños incluso podrían ser inespecíficas. En los preescolares puede aparecer halitosis, odinofagia y otalgia. En algunos casos la cefalea podría ser la única manifestación, sin embargo la presencia de síntomas aislados no son específicos de sinusitis^(2,7-9). La Academia Americana de Pediatría clasifica de acuerdo al curso de la enfermedad en: enfermedad persistente (descarga nasal y/o tos por más de 10 días), empeoramiento (descarga nasal, tos, o fiebre), o de inicio severo (fiebre superior a 39°C y descarga nasal purulenta por 3 días consecutivos)^(18,19).

El diagnóstico confirmatorio requiere aislamiento de $>10^4$ unidades formadoras de colonias de una muestra obtenida a través de punción del seno, pero este procedimiento no se realiza ni debe realizarse sistemáticamente en la práctica clínica pediátrica, por lo que el diagnóstico se establece de acuerdo a criterios clínicos, reservando las pruebas complementarias para sospecha de complicaciones o mala respuesta al tratamiento^(2,10).

El presente estudio tiene como finalidad caracterizar el comportamiento clínico de la sinusitis en niños y adolescentes para proponer criterios clínicos, para el diagnóstico y sugerir un tratamiento empírico basado en la sensibilidad de los patógenos estudiados. Además de determinar la prevalencia de valores elevados de IgE y su relación con la ceniza volcánica como factor de riesgo.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes de ambos generos de 1 a 17 años que asisten a la consulta externa del Hospital General Ambato entre enero de 2015 y diciembre de 2016 con diagnóstico de sinusitis aguda en base a criterios clínicos, no portadores de comorbilidades y residentes en Tungurahua, zona de exposición a ceniza volcánica. A la población estudiada se tomó un hisopado del meato medio para cultivo y antibiograma, Rx de Watters y dosificación de IgE sérica por electroquimioluminiscencia, considerando valores superiores a 60 IU/ml como elevados en pacientes de 1 a 4 años, mayores a 90 UI/ml de 4 a 10 años y superiores a 200 UI/ml en mayores de 10 años.

Se estratificó la muestra en tres grupos etareos para caracterizar la expresión clínica en cada uno. Se procedió con un análisis estadístico descriptivo y relacional, aplicando el programa estadístico R 3.3.1, y para la estratificación se utilizó el método de determinación de Scott.

TABLA I. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS POR GRUPOS DE EDAD.

Síntomas clínicos	1-3 años		4-10 años		11-17 años		Valor p
	N°	%	N°	%	N°	%	
Obstrucción nasal	84	89,4	235	87,7	72	91,1	0,6765
Tos	65	86,7	174	84,5	40	63,5	0,0004
Prurito nasal	61	64,9	194	72,4	51	64,6	0,2349
Cefalea	24	25,5	156	58,2	58	73,4	0,0000
Ronquido nocturno	56	59,6	154	57,5	24	30,4	0,000
Ardor ocular	22	23,4	77	28,7	17	21,5	0,34
Malestar general	31	33,0	97	36,2	23	20,0	0,4861
Signos clínicos							
Puntos de Valleix (+)	91	96,8	263	98,5	76	96,2	0,3856
Halitosis	75	79,8	229	85,4	65	82,3	0,4129
Clearance faríngeo	68	72,3	235	87,7	64	81,0	0,0024
Goteo nasal posterior	57	60,6	168	62,7	42	53,2	0,3141
Adenopatías en el cuello	56	59,1	167	61,9	43	54,4	0,6998
Rinolalia	43	46,2	145	54,1	37	46,8	0,2977
Rinorrea purulenta	49	52,1	136	50,7	35	44,3	0,5345
Hipertrofia amigdalina	51	54,3	131	49,1	22	27,8	0,0008
Fiebre	41	43,6	94	35,1	16	20,3	0,0049
Epistaxis	19	20,4	89	33,2	28	35,4	0,0449

RESULTADOS

Se presenta la información de los pacientes atendidos en consulta externa.

El grupo de edad es entre 1 y 17 años, correspondiendo a un total de 441 pacientes, de los cuales la mayor frecuencia de sinusitis se observó en el grupo comprendido entre los 4 a 10 años de edad (60,8%), el grupo entre 1-3 años (21,3%) y entre 11-17 años (17,9%). En cuanto al género, se observó una mayor prevalencia en los varones con el 57,3%.

Dentro de los factores de riesgo identificados, la contaminación ambiental (ceniza volcánica) tuvo mayor frecuencia de apareamiento (92,9%); los demás factores como humo de tabaco (21,7%), infección respiratoria alta recurrente (81,8%), familiares con sinusitis (56,6%) y acudir a piscinas (31%) también estuvieron presentes, pero en menor prevalencia.

En el presente estudio también se determinó la IgE sérica, la misma que estuvo elevada en más de la mitad de los pacientes. En el grupo de 1 a 3 años se encontró en el 53,1%,

en el de 4-10 años 69,4% y finalmente en los niños de 11-17 años se encontró en el 37,9%.

En referencia a manifestaciones clínicas de sinusitis, el síntoma más frecuente fue la obstrucción nasal, con una frecuencia de 391 casos (88,7%), seguido de tos húmeda y prurito nasal.

Los síntomas más frecuentes entre los niños de 1 a 3 años fueron la obstrucción nasal (89,4%) y la tos húmeda (86,7%), los mismos que se presentaron también en el grupo de 4-10 años con una frecuencia de 87,7% y 84,55% respectivamente, mientras que en el grupo de 10 a 17 años se presentaron la obstrucción nasal (91,1%) y la cefalea (73,4%) (Tabla I).

En la revisión de signos clínicos, en el grupo comprendido entre 1-3 años el *Clearance* faríngeo, hipertrofia amigdalina, fiebre y epistaxis presentaron valores estadísticamente significativos.

En el grupo comprendido entre 4-10 años el *Clearance* faríngeo es el signo más frecuente, luego de la positividad del signo de Valleix. En el grupo de 10 a 17 años los puntos

TABLA II. PATÓGENOS POR GRUPOS DE EDAD.

Germen	1-3 años		4-10 años		11-17 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>S. coagulasa</i> negativo	25	26,88	87	31,29	27	38,57
<i>S. aureus</i>	12	12,90	76	27,34	32	45,71
<i>M. catarrhalis</i> productora de betalactamasa	17	18,28	51	18,35	2	2,86
<i>H. influenzae</i> biotipo III	19	20,43	26	9,35	3	4,29
<i>Moraxella catharralis</i>	4	4,30	11	3,96	2	2,86
<i>S. viridans</i>	6	6,45	8	2,88	3	4,29
<i>H. influenzae</i> biotipo IV	4	4,30	8	2,88	0	0,00
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	5,38	5	1,80	0	0,00
<i>H. influenzae</i> biotipo II	1	1,08	4	1,44	0	0,00
<i>Pseudomonas</i> spp	0	0,00	1	0,36	0	0,00
<i>Bramanella catharralis</i>	0	0,00		0,00	1	1,43
<i>Proteus</i> spp.	0	0,00	1	0,36	0	0,00
TOTAL	93	100,00	278	100,00	70	100,00

de Valleix positivos fueron el signo más frecuente, seguido de halitosis y *Clearance* faríngeo.

Los estudios de imagen mostraron que en todos los grupos de edad el velamiento de los senos maxilares fue superior al 89%, mientras que el velamiento de los senos etmoidales estuvo presente en el grupo de 1 a 3 años con valores no estadísticamente significativos.

Adicionalmente, la hipertrofia de adenoides se identificó principalmente en el grupo entre 4-10 años, con una prevalencia del 69,4%, siendo estadísticamente significativo.

Desde el punto de vista etiológico se identificó una mayor prevalencia de afectación de sinusitis en el grupo comprendido entre 1 a 3 años, encontrando principalmente *H. influenzae* biotipo III (20,4%), *M. catarrhalis* productora de betalactamasa (18,2%) y *S. aureus* (12,9%) y *S. coagulasa* negativo (26,8%). Por el contrario, el grupo comprendido entre los 4 a 10 años se encontró afectado principalmente en orden de frecuencia por *S. aureus* (27,34%) y *M. catarrhalis* productora de betalactamasa (18,35%) y *S. coagulasa* negativo (31,29%).

En el grupo entre 11 a 17 años se aisló al *S. aureus* (45,7%) y *S. coagulasa* negativo (38,5%) (Tabla II).

Al realizar un análisis de sensibilidad y resistencia a los antibióticos se encontró que el *S. aureus* fue resistente a la ampicilina + eritromicina, no se identificaron cepas meticilín-resistentes, el *Haemophilus* biotipo III y IV fue resistente a amoxicilina + trimetropim sulfametoxazol, el *Streptococcus*

alfa hemolitico al trimetropim sulfametoxazol y por último el *Streptococcus pneumoniae* a la clindamicina (Fig. 1).

DISCUSIÓN

La sinusitis es una enfermedad frecuente que se produce por una sobreinfección de uno o varios senos paranasales, siendo más común en niños que presentan infecciones respiratorias superiores a repetición⁽⁸⁾. En los niños menores de 6 años se habla de rinosinusitis aguda por el desarrollo incompleto de las cavidades sinusales, es así que tan solo los senos maxilares y etmoidales están presentes desde el nacimiento⁽⁷⁾, mientras que en los mayores de este grupo de edad se denomina sinusitis verdadera⁽⁶⁾. En la presente investigación se corrobora este hecho, siendo el grupo de edad con mayor prevalencia de la enfermedad el de 4-10 años; además, se determinó mayor frecuencia en el sexo masculino, resultados similares a los reportados por Quinteros y cols.⁽¹¹⁾.

En el presente trabajo de investigación, se determinó como principal factor de riesgo la exposición a la ceniza volcánica, que ha sido descrita claramente por la Organización Mundial de la Salud⁽¹²⁾, y específicamente en estudios realizados en erupciones del volcán Guagua Pichincha en Quito-Ecuador, en abril del año 2000⁽¹³⁾.

Además se describe que la ceniza altera la inmunidad humoral. En este sentido, en un estudio chileno se comu-

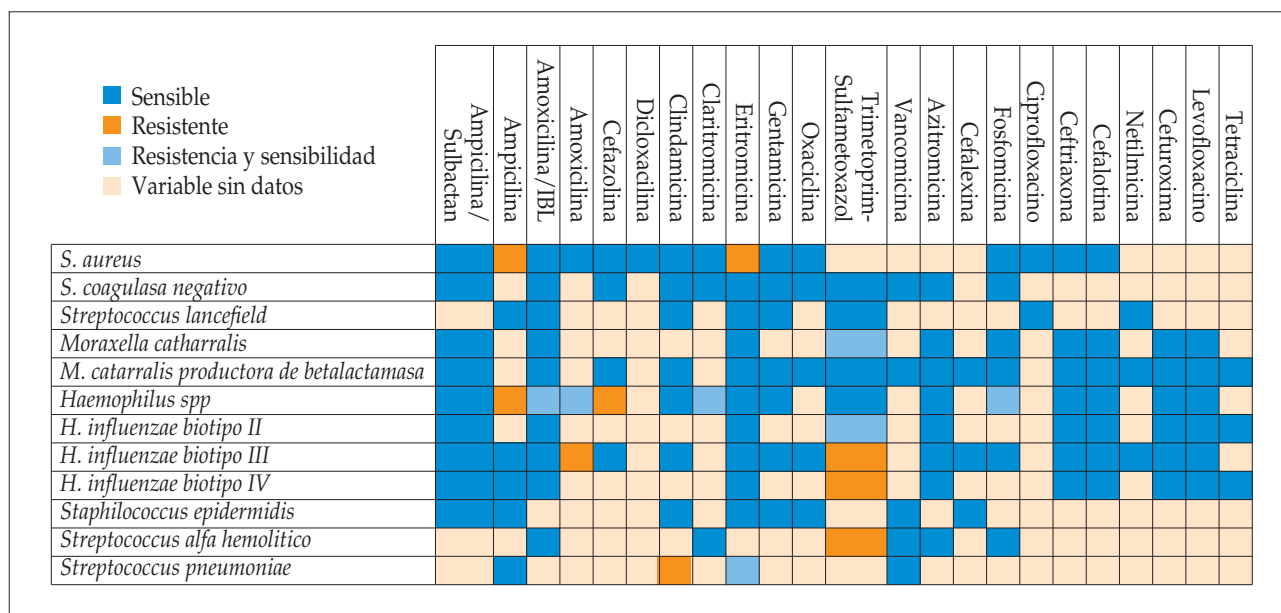


Figura 1. Sensibilidad antibiótica de gérmenes aislados.

nica que trabajadores expuestos a ceniza volcánica tienen una marcada disminución en los niveles séricos de C3, C4 e IgG, en comparación con trabajadores no expuestos⁽¹⁴⁾. Fisiopatológicamente se produce por alteración en las barreras defensivas físicas de las vías aéreas, como la frecuencia del barrido ciliar y la barrera mucosa.

En países donde la actividad volcánica es común, la mayoría de la población ha desarrollado expresión alérgica mediada por IgE⁽¹⁵⁾, y nuestro medio no es la excepción, al encontrarse valores de IgE superiores al rango normal, con mayor prevalencia en el grupo comprendido entre 4 y 10 años.

Se postula una teoría en la que habría un desequilibrio en los linfocitos T *helper* y cambios dramáticos en la producción de citoquinas como producto del efecto de las toxinas ambientales, lo que hace que el paciente expuesto a ceniza volcánica pueda desarrollar rinitis alérgica, escurrimiento posterior constante y episodios de rinosinusitis aguda⁽¹⁶⁾.

Otro de los factores de riesgo que se presentó en el estudio fueron los antecedentes patológicos familiares de sinusitis, lo que se relaciona con la literatura descrita en la que se menciona la presencia de alteraciones genéticas que se asocian a la presentación de rinosinusitis⁽¹⁷⁾.

El cuadro clínico de la sinusitis es variado y depende de la edad del paciente para considerarlo como parte de la enfermedad⁽⁷⁾. En la presente investigación, se encontró que la obstrucción nasal, tos húmeda, cefalea estuvieron presentes en alto porcentaje en los tres de grupos de edad estudiados.

El ronquido nocturno es un síntoma que el estudio identificó y que muchos investigadores no lo consideran como parte de las manifestaciones específicas de la sinusitis^(1,2).

La exploración física tiene baja especificidad y sensibilidad, por lo que el dolor a la palpación a nivel frontal o maxilar (Valleix) no permite la diferenciación entre sinusitis de causa viral o bacteriana⁽²⁾; a pesar de ello, cabe mencionar que este signo tuvo alta prevalencia en la muestra estudiada.

El término “*Clearance* faríngeo” se define como esfuerzo que hace el paciente para aclarar su faringe de las secreciones acumuladas, término que se reserva exclusivamente a la autora del presente trabajo, y que además demostró estar presente con mayor porcentaje en el grupo de edad entre 4-11 años, en los que además se observó hipertrofia amigdalina, fiebre y epistaxis.

Dentro de las pruebas complementarias de imagen, la que tradicionalmente ha sido utilizada y bien descrita es la radiografía de senos paranasales que, aunque es sensible, resulta poco específica. Los signos radiológicos más frecuentes que se describen son la opacificación de los senos e hipertrofia de la mucosa en más de 4 mm, pero tienen escaso valor predictivo positivo, ya que pueden estar presentes incluso en niños sanos⁽²⁾; a pesar de ello, los pacientes del presente trabajo de investigación mostraron imágenes similares a las descritas, sobre todo en el rango de edad de 1 a 10 años. En contraposición a lo descrito en la bibliografía, todos los pacientes estudiados mostraron sintomatología compatible con sinusitis.

TABLA III. CRITERIOS EN NIÑOS DE 1-3 AÑOS.

Criterios mayores	Criterios menores
Obstrucción nasal	Goteo nasal posterior
Tos húmeda	Prurito nasal
Puntos de Valleix (+)	Rinorrea purulenta
Halitosis	Fiebre
Clearance faríngeo	Adenopatías cervicales

Esta sintomatología ha permitido proponer criterios clínicos de acuerdo a la frecuencia de presentación en los diferentes grupos etareos, como una herramienta para diagnosticar e iniciar un tratamiento empírico. Los criterios mayores por sí solos no determinan el diagnóstico, pero sí la presencia de tres de ellos. También es posible determinar el diagnóstico con la presencia de dos criterios mayores y dos o más criterios menores (Tablas III, IV y V).

Los factores de riesgo del desarrollo de sinusitis son la colonización nasofaríngea, el estado de vacunación, los cuadros anteriores de sinusitis que disminuyen la flora residente, favoreciendo la recurrencia⁽¹⁰⁾, la deficiencia de vitamina D⁽²⁰⁾ y los tratamientos antibióticos previos^(2,21); sin embargo, la etiología microbiana no es totalmente exacta, ya que pocos son los estudios que demuestran gérmenes aislados por punción del seno, al no utilizarse esta técnica convencionalmente⁽²⁾; de acuerdo a ello se han descrito como gérmenes responsables al: *pneumococo* (35-42%), *H. influenzae* (15-28%), *Moraxella catarrhalis* (21-28%), *S. pyogenes* (3-7%) (2,7) y *S. aureus*^(19,22).

El estudio no se aleja de las estadísticas mundiales, en el que se logró aislar *Moraxella catarrhalis* (19,6%), *pneumococo* (2,2%), *H. influenzae saprofiticus* (1,8%), pero en discordancia al estudio realizado por Mulvey en el que *S. pneumoniae*, especies de *Haemophilus* y *Moraxella catarrhalis* fueron agentes aislados poco frecuentes en menos del 10%⁽²³⁾.

Se identificó *S. coagulasa negativo* (34,2%), en los que están incluidos el *S. saprofiticus* y *S. epidermidis*; además *S. aureus* (27,2%) que son saprófitos, *H. influenzae* biotipos II, III, IV y *Pseudomonas spp* (0,2%). Este hecho podría explicarse ya que se trata de bacterias saprófitas y en varias series de casos hay cultivos negativos en punción por aspiración (28,9%) y en toma de secreción rinosinusal (31,6%)⁽³⁶⁾. La constante intervención del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) que maneja el Ministerio de Salud Pública, en donde la inmunización para el neumococo y el *H. influenzae* tipo b es parte del esquema de vacunación, de tal manera que la inmunización contra el *Neumococo* y *Haemophilus influenzae*

TABLA IV. CRITERIOS EN NIÑOS DE 4-10 AÑOS

Criterios mayores	Criterios menores
Obstrucción nasal	Prurito nasal
Cefalea	Rinorrea purulenta
Puntos de Valleix (+)	Goteo nasal posterior
Halitosis	Rinolalia
Clearance faríngeo	Adenopatías en cuello

TABLA V. CRITERIOS EN NIÑOS DE 11-17 AÑOS.

Criterios mayores	Criterios menores
Obstrucción nasal	Prurito nasal
Cefalea	Rinorrea purulenta
Puntos de Valleix (+)	Goteo nasal posterior
Halitosis	Rinolalia
Clearance faríngeo	Adenopatías cervicales

tipo b ha logrado proteger al niño contra las formas invasivas de la enfermedad⁽²⁴⁾, favoreciendo así la patogenicidad de *H. influenzae* no capsulares, especialmente los biotipos I, II y III^(12,25), situación que explica el hallazgo frecuente de este patógeno en el cultivo del meato nasal en niños con sintomatología clínica de sinusitis aguda que participaron en la investigación.

Un estudio realizado en la India en 2.400 niños sanos demostró que el 41,7% de ellos fue portador de *H. influenzae*; de ellos, los biotipos I, II y III fueron responsables del 25% de infecciones del tracto respiratorio superior, el biotipo I 19,6%, el biotipo II 16,8% y el III 25%⁽²⁶⁾.

A pesar de que el *S. aureus* es parte de la flora normal de la vía respiratoria alta, su presencia debe ser considerada como patológica, y se sugiere iniciar tratamiento antibiótico. La colonización nasal por *S. aureus* es común en la población, y muchos de ellos han sido identificados como meticilín-resistente, de los cuales la mayoría no presentan sintomatología y su contribución a la infección aún no se ha dilucidado. Estudios observacionales y randomizados controlados han demostrado una concordancia del 76-86% entre *S. aureus* aislado del sitio de infección y de la cavidad nasal anterior, sugiriendo una alta incidencia de autoinfección⁽²⁷⁾.

Observando las tasas de sensibilidad y resistencia encontramos en las muestras obtenidas que el *S. aureus*, *Streptococcus alfa hemolítico*, el *Haemophilus* biotipos II y IV presentan resistencia a los siguientes antibióticos: ampicilina, eritromicina, trimetropim sulfametoxazol y clindamicina; no se

identificaron cepas de *S. aureus* meticilín-resistente, al contrario de un estudio realizado en el Hospital pediátrico de Philadelphia, en el que el *Haemophilus* resultó sensible a la ampicilina⁽²³⁾. En EE.UU., varios estudios han reportado la alta resistencia del *Neumococo* a los antibióticos de primera línea⁽²⁸⁾.

Es por eso que la Academia Americana de Pediatría recomienda no usar tratamientos cortos o abreviados para sinusitis aguda, al no existir datos que avalen su utilización. La duración recomendada del tratamiento antiinfeccioso para sinusitis aguda es generalmente entre 10 y 14 días^(15,19,29).

Además, el antibiótico de primera elección sigue siendo la amoxicilina con adición de clavulanato, que le da cobertura para productores de betalactamasas incluido 25-35% de *H. influenzae* y 90% de *M. catarrhalis*⁽¹⁹⁾. Los autores sugieren que el tratamiento exclusivamente sintomático es una opción a tener en cuenta siempre que el seguimiento del paciente esté asegurado, y considerando que los virus son los responsables del mayor porcentaje de infecciones. No existe evidencia suficiente que avale el uso de descongestionantes, antihistamínicos o irrigación en sinusitis aguda⁽³⁰⁾, y aunque la administración de antibióticos ha sido un tema de gran debate, la Academia Americana de Pediatría sugiere prescribirlos en niños con sinusitis bacteriana aguda⁽³¹⁾. En niños que presentan síntomas que duran más de 10 días se recomienda: observación y tratamiento sintomático en pacientes con síntomas leves durante 7 días, tratamiento antibiótico a base de amoxicilina o amoxicilina-clavulánico en pacientes con síntomas moderados a severos, 7-10 días^(15,19,29,32). En la actualidad se ha investigado profilaxis antibiótica para evitar eventos recurrentes de sinusitis; Veskitkul y cols. publicaron el papel de la administración de azitromicina administrada durante un año en días no consecutivos como alternativa eficaz^(33,34), o el uso de lisados bacterianos en la prevención de cronicidad de sinusitis⁽³⁵⁾.

CONCLUSIONES

La sinusitis es motivo de atención frecuente en la consulta externa de Pediatría. La signología cardinal en todos los grupos etareos es la obstrucción nasal, los puntos Valleix positivos y el *Clearance* faríngeo.

El patógeno aislado con mayor frecuencia fue el *Staphylococcus aureus* y el *Haemophilus influenzae* biotipo III, seguido de la *Moraxella catarrhalis*. Se evidencia resistencia a la amoxicilina, trimetropim sulfametoxazol y a la eritromicina, siendo una alternativa eficaz el uso de aminopenicilinas con inhibidores de las betalactamasas, claritromicina, azitromici-

na y cefalosporinas de primera generación para el *S. aureus*; azitromicina, ampicilina más inhibidor de la betalactamasa para *M. catarrhalis*, y para los diferentes tipos de *H. influenzae* aminopenicilina más inhibidor de las betalactamasas, macrólidos y cefalosporina de primera generación. Cabe anotar que el *S. pneumoniae* no mostró resistencia a la penicilina ni se documentaron cepas de *S. aureus* resistente a la meticilina.

Es de resaltar que la IgE sérica evidenció aumento en la mayoría de pacientes, lo que sugiere una expresión alérgica incrementada. Se necesitan más estudios para esclarecer el contexto infeccioso y alérgico en los niños de la provincia de Tungurahua, tomando en cuenta que durante los años de estudio la población estuvo expuesta a emisiones de ceniza volcánica periódicas (volcán Tungurahua).

En los cultivos no hubo crecimiento de *Haemophilus influenzae* tipo b, esto denota el éxito en los programas de inmunización que la política sanitaria ha establecido.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen al Hospital General Ambato y al Servicio de Pediatría de dicha unidad por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albañil M, Calvo C, Hernando P, Martínez L, Domínguez B. Diagnóstico y manejo de la sinusitis: actitudes de los pediatras. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16: 23-33.
2. Martínez L, Albañil R, De La Flor J, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Pediatr Aten Primaria. 2013, 15: 203-18.
3. DeMuri G, Eickhoff J, Gern J, Wald E. Clinical and virological characteristics of acute sinusitis in children. Clin Infect Dis. 2019; 69: 1764-70.
4. Lopardo G, Calmaggi A, Clara L, Levy G, Mykietuk A, Pryluka D, et al. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de infecciones de vías respiratorias altas. Medicina (Buenos Aires). 2012; 72: 484-94.
5. Pávez D, Pérez R, Rodríguez J, Cofré J. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la rinosinusitis aguda bacteriana en pediatría. Rev Chilena Infectol. 2019; 36: 78-82.

6. Le Gac M. Sinusitis infantiles. *EMC-Pediatria*. 2012; 47: 1-6.
7. Fang A, England J, Gausche M. Pediatric acute bacterial sinusitis diagnostic and treatment dilemmas. *Pediatr Emer Care*. 2015; 31: 789-94.
8. DeMuri G, Gern J, Moyer S, Lindtrom M, Lynch S, Wald E. Clinical features, virus identification and sinusitis as a complication of upper respiratory tract illness in children ages 4-7 years. *J Pediatr*. 2016; 171: 133-9.
9. Wyler B, Mallon W. Sinusitis update. *Emerg Med Clin North Am*. 2019; 37: 41-54.
10. Santee C, Nagalingan N, Faruqi A Lynch S. Nasopharyngeal microbiota composition of children is related to the frequency of upper respiratory infection and acute sinusitis. *Microbiome*. 2016; 4: 34-42.
11. Quinteros M, Yagual E. Factores etiológicos en pacientes con sinusitis; periodo 2017-2018. [Pregrado]. Guayaquil (EC): Universidad de Guayaquil; 2018.
12. Oliva Y, Piloto M, Iglesias P. Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. *Rev Ciencias Médicas*. 2013; 17: 49-62.
13. Naumova E, Yepes H, Griffiths J, Sempértegui F, Khurana G, Jagai J, et al. Emergency room visits for respiratory conditions in children increased after Guagua Pichincha volcanic eruptions in April 2000 in Quito, Ecuador Observational Study: Time Series Analysis. *Environ Health*. 2007; 6: 21-32.
14. Grob E, Oyarzún M, Cavieres I, Zarges P, Bustamante G. ¿Son las cenizas volcánicas un riesgo para la salud respiratoria? Revisión a propósito de la erupción del cordón del Cauille en junio de 2011. *Rev Chil Enferm Respir*. 2012; 28: 294-302.
15. Edward W. Nontypeable *Haemophilus influenzae* biofilms: role in chronic airway infections. *Front Cell Infect Microbiol*. 2012; 2:1-4.
16. Campos L, Ballesteros A, de la Flor J, Piñeiro R, Cervera J, Baquero F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15: 203-18.
17. Alvo A, Barahona L, Aranibar H, Gianini R. Rinosinusitis crónica. Una revisión de su etiopatogenia. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2018; 78: 451-62.
18. Wald E, Applegate K, Bordley C, Darrow D, Glode M, Michael S, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*. 2013; 132: 262-80.
19. Miah M, Nix P, Koukkoullis A, Sandoe J. Microbial causes of complicated acute bacterial rhinosinusitis and implications for empirical antimicrobial therapy. *J Laryngol Otol*. 2016; 130: 169-75.
20. Elbistan M, Kock H, Günes S, Acipayam H, Simsek B, Canpolat S, et al. Vit D deficiency is a possible risk factor in ARS. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017; 4: 3391-5.
21. Brook I. Microbiology of chronic rhinosinusitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016; 35: 1059-68.
22. Agirrezabala J, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, Barrondo S, et al. Actualización en el tratamiento antibiótico de las infecciones respiratorias agudas. *INFAC*. 2011; 19: 63-4.
23. Mulvey C, Kiell E, Rizzi M, Buzi A. The microbiology of complicated acute sinusitis among pediatric patients: A case series. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019; 160: 712-9.
24. Castro R. Cambios asociados con la vacunación antineumocócica en la incidencia y patogenicidad de la rinosinusitis bacteriana y otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138: 274-8.
25. Brook I. Acute sinusitis in children. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60: 409-24.
26. Luong D, Ishiwada N, Takeda N, Kohno Y. Serotypes of *Haemophilus influenzae* strains isolated from pediatric patients with respiratory tract infections. *Tohoku J Exp Med*. 2004; 202: 245-54.
27. Mccoul E, Jourdy D, Schaberg M, Anand V. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* sinusitis in nonhospitalized patients: A systematic review of prevalence and treatment outcomes. *Laryngoscope*. 2012; 122: 2125-31.
28. Jain A, Kumar P, Awasthi S. High ampicillin resistance in different biotypes and serotypes of *Haemophilus influenzae* colonizing the nasopharynx of healthy school-going Indian children. *J Med Microbiol*. 2006; 55: 133-7.
29. Chow A, Benninger M, Brook I, Brozek J, Goldstein E, Hicks L, et al. IDSA Clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Disease*. 2012; 54: 72-112.
30. Shaikh N, Wald E. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (10): 1-18.
31. Abzug MJ. Acute sinusitis in children: Do antibiotics have any role? *J Infect*. 2014; 68 Suppl 1: S33-7.
32. Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Sinusitis Aguda. CENETEC. 2009: 1-37.
33. Veskitkul J, Wongkaewpothong P, Thaweethamchaeron T, Ungkanont K, Visitsunthorn N, Pacharn P, et al. Recurrent acute rhinosinusitis prevention by azithromycin in children with nonallergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017; 5: 1632-8.
34. Vargas J, Lago A, Silva R, Parada M. Estudio sobre eficacia y seguridad de azitromicina vs amoxicilina + ácido clavulánico en el tratamiento de rinosinusitis bacteriana aguda. *Act Pediatr Mex*. 2011; 32: 169-74.
35. Chen J, Zhou Y, Nie J, Wang Y, Zhang L, Shi Q, et al. Bacterial lysate for the prevention of chronic rhinosinusitis recurrence in children. *J Laryngol Otol*. 2017; 131: 523-8.
36. Bottiglieri, M. Valor de la secreción rinosinusal en el diagnóstico de sinusitis. [Tesis doctoral]. Argentina: Universidad Católica de Córdoba; 2005: 1-72. Disponible en: http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1240/1/TD_Bottiglieri.pdf

Original

Encuesta a los alumnos de medicina de la Universidad de Oviedo: percepción sobre vocación, hábitos de vida y recreaciones, formación y actitudes profesionales

L. ALONSO RODRÍGUEZ¹, L. GARCÍA CAMPOMANES¹, C. RIAZA OCIO¹, V. MARTÍNEZ SUÁREZ^{1,2}

¹Universidad de Oviedo. ²Centro de Salud El Llano, Gijón.

RESUMEN

El conocimiento de los condicionantes personales, intereses y perspectivas de los estudiantes de Medicina debería considerarse importante para aproximarse a la realidad docente de nuestra profesión. Sin embargo, existen escasos estudios que consideren y analicen la percepción de los mismos respecto a sus motivaciones, valoraciones del medio académico y sus expectativas laborales. Igualmente, no se dispone de datos sobre sus hábitos de vida y su modo de aprovechar el tiempo libre. Todos estos factores podrían informar y orientar la toma de algunas decisiones en cuanto al modo de plantear la enseñanza, favorecer la relación de los mismos con el sistema universitario y sus profesores y, en definitiva, conseguir una óptima preparación como profesionales médicos. Desde ese planteamiento hemos realizado un estudio observacional mediante encuesta anónima a los estudiantes de nuestra Facultad que considera y analiza el perfil de estas variables en el alumnado, lo que completa y mejora el nivel de información sobre nuestro ámbito docente y la inmediata realidad profesional.

Palabras clave: Estudiantes de Medicina; Educación; Formación; Vocación; Preferencias; Hábitos de vida.

ABSTRACT

The knowledge of the personal conditions, interests and perspectives of medical students should be considered important to approach the teaching reality of our profession. Nevertheless, there are few studies that consider and analyze the perception of the same regarding their motivations, assessments of the academic environment and their work expectations, as well as their opinion about the new study plan. Likewise there is no data about their lifestyle and how they spend their free time. All these factors could inform and guide the decision-making regarding teaching, improving the relationship between the students and the university system and professors and, overall, to achieve optimal preparation as medical professionals. From this approach we have carried out an observational study by means of an anonymous survey to the students of our faculty that considers and analyzes the profile of these variables in the students of our faculty, which complements and improves the level of information about our teaching environment and the immediate professional reality.

Key words: Medicine students; Education; Formation; Vocation; Preferences; Habits of life.

Correspondencia: Dr. Venancio Martínez Suárez. Centro de Salud El Llano. C/ Juan Alvargonzález, 95. 33209 Gijón.
Correo electrónico: martinezvenancio@uniovi.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

De forma general, se acepta que existe una relación directa entre la educación médica, la formación de los profesionales, la asistencia sanitaria y la salud de la población^(1,2). Además, la formación de los médicos se concibe actualmente como un continuo que se conforma en tres principales espacios para la docencia: el grado (antigua licenciatura), la formación especializada (postgrado) y la formación médica continuada (o desarrollo profesional continuo), constituyendo tres compartimentos que habría que plantear desde una comunicación real entre ellos y de dependencia de cada uno con estructuras orgánicas diferentes, las administraciones de la Universidad, de la propia Facultad, las sanitarias y con instituciones profesionales y empresariales. Así, el objetivo final de todo el proceso docente y formativo tendrá que ser el logro de unos profesionales que puedan realizar su desempeño con un nivel de excelencia y en cualquier ámbito, incluido como principal nuestro Sistema Nacional de Salud.

La primera etapa de esta cadena tiene lugar en las facultades, en las que se da una formación básica e integral sobre los principios de la medicina, se ponen los pilares y se presenta al alumno la estructura troncal de una organización dividida en especialidades⁽²⁾. Tradicionalmente se ha considerado un tramo imprescindible para la adquisición de los fundamentos más básicos y sólidos de la medicina^(3,4), aunque en los últimos años se viera sometida a un profundo cambio en el proceso enseñanza-aprendizaje para incentivar la adquisición de competencias y favorecer el autoaprendizaje^(5,6). Esto obliga a una reflexión continua y a una adaptación a los requerimientos específicos de cada momento y de una cambiante situación docente⁽⁷⁾. Como futuros médicos, sus actitudes y preocupaciones tendrían que contribuir a mejorar cualquier decisión administrativa y de gestión relacionada con la formación de los profesionales de la salud.

En ese sentido, conocer las motivaciones, las actitudes y la experiencia de los alumnos, la apreciación de sus circunstancias y sus valores, determinar su grado de identificación con las cuestiones relacionadas con las competencias y el profesionalismo, permitiría adoptar algunos cambios en sus programas, en su relación con la institución universitaria, con sus profesores, aproximándolos más a sus necesidades o adaptándose ellos mismos a las directrices esenciales de su preparación para ser médicos. Precisamente desde esa idea, el presente trabajo pretende investigar la percepción de los estudiantes de Medicina de la Facultad de Oviedo respecto a sus estudios y sus expectativas profesionales; también acercarse al perfil de la población estudiantil en cuanto a sus hábitos de vida, su capacitación y su posición respecto a temas médicos de actualidad y que puedan generar algún conflicto en el ejercicio profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta administrada entre los meses de enero y febrero del año 2019 a los estudiantes de los dos primeros y dos últimos cursos de Medicina de la Universidad de Oviedo. La población estudiada fue el total de los alumnos de 1º, 2º, 5º y 6º, y la participación voluntaria. El cuestionario fue distribuido por medio del correo de la Universidad a través de la Secretaría de la Facultad de Medicina, solicitando de los alumnos su colaboración tras explicarles el objetivo del trabajo y garantizarles el anonimato. Para acceder a la encuesta a través de dicho correo y facilitar su cumplimentación y recogida se recurrió a la plataforma de creación de encuestas *on-line*: joform.com.

El cuestionario se ha estructurado en 50 ítems con preguntas cerradas distribuidos en 5 categorías (Anexo 1). Las cuestiones planteadas abordan diversos ámbitos: aspectos generales y socio-demográficos (preguntas 1 a 6), hábitos de vida y recreaciones (8 a 25 y 29), condicionantes a la hora de elegir la carrera y percepción sobre su formación^(7,26,27), consideraciones sobre la Facultad de Medicina, sus recursos docentes y relacionados con su vocación (34-40), opinión respecto a temas de actualidad médica, conflictos ético-profesionales y percepción de su futuro como profesionales médicos (ítems 41-50). Previamente a la distribución de los cuestionarios definitivos se realizó un estudio piloto que se entregó a un total de 40 alumnos (10 por curso estudiado) para conocer el grado de dificultad encontrado en su cumplimentación, el tiempo necesario y si hubiera alguna palabra, expresión o pregunta de difícil comprensión.

La devolución de la encuesta completa fue considerada como criterio para incluir la información en el estudio. Fueron excluidos aquellos alumnos cuyas encuestas no fueron debidamente cumplimentadas, devueltas en los plazos señalados y que no perteneciesen a los cursos de interés para el estudio. Los autores consideran que este estudio tiene como limitación principal el que, a pesar del esfuerzo realizado para lograr la colaboración de todos los alumnos, existe un elevado número de "no respondedores", lo que podría distorsionar la realidad y causar algún impacto sobre nuestros hallazgos. También el elevado predominio de mujeres en la Facultad de Medicina y entre el alumnado que ha respondido correctamente el cuestionario debiera ser tenido en cuenta al examinar y valorar algunas respuestas.

Una vez elaborados los datos, y tras su consideración en conjunto, se realizó un análisis por separado de los correspondientes a los alumnos de los dos primeros cursos y los dos últimos para identificar diferencias e intentar aproxi-

marnos a la posible influencia de la edad y la experiencia formativa sobre el alumnado. En algunas cuestiones en las que la revisión de la bibliografía lo aconsejase se realizó un análisis según el sexo de los encuestados. Luego de la recuperación de los cuestionarios, los datos obtenidos fueron añadidos a una hoja Excel® para facilitar su valoración e interpretación, realizándose un análisis estadístico descriptivo de las variables con estimación de porcentajes y cálculo de las medias, que fueron analizadas mediante la prueba "t" de Student, utilizando para las variables cualitativas el test de Chi Cuadrado y el exacto de Fisher. Para ello se usó el programa SPSS® versión 17.0 de Windows. Consideramos como significativos los valores de "p" menor de 0,05.

Las normas de confidencialidad y respeto en relación a las informaciones obtenidas fueron garantizadas por la Secretaría del Área Administrativa de la Facultad, siendo el proyecto revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Principado de Asturias.

RESULTADOS

El estudio piloto realizado para evaluar el procedimiento seguido en la difusión y recogida del cuestionario, su comprensión y el grado de dificultad en la cumplimentación no ha identificado ningún problema operativo ni de respuesta al mismo entre los 40 alumnos seleccionados. La encuesta fue contestada correctamente por un total de 244 alumnos pertenecientes a 1º, 2º, 5º y 6º (60 de primero, 62 de segundo, 62 de quinto y 60 de sexto), que representan al 37,3% del total de matriculados en esos cuatro cursos. De los que han cumplimentado y enviado correctamente el cuestionario, el 50,8% pertenecían a los dos primeros cursos y el 49,2% a los dos últimos. La mayor parte eran mujeres (69,7%). Sobre el lugar de residencia, los estudiantes de los primeros cursos, la mayoría (un 78,7%) vive en domicilio familiar; de manera muy similar ocurre en los dos últimos cursos, en los que supone un 79,5%. Respecto a los que viven en una residencia de estudiantes, en los dos primeros cursos estos suponen el 6,5%, mientras que en los dos últimos cursos no lo hace ninguno. Por último, el 14,7% de los alumnos de los primeros cursos habitan una vivienda de alquiler, ascendiendo esta cifra en los dos últimos cursos al 20,5%.

Al preguntar sobre sus hábitos de vida encontramos que más de una tercera parte (37,7%) no realiza un desayuno correcto (leche o derivados, cereales y fruta) y solo el 65,16% hace una dieta adecuada, con cinco colaciones, ingesta suficiente, variada y equilibrada. Respecto al ejercicio físico, un 40,2% de los alumnos realizan a diario una hora o ninguna,

37,7% entre una y dos horas y 22,1% más de dos horas. La mayoría de los encuestados (59,9%) duermen entre 5 y 7 horas al día, 38,9% más de siete horas y un 1,2% menos de cinco horas. Solo un 3,7% de los encuestados son fumadores habituales, un 30,7% han probado la marihuana (0,4% son consumidores habituales) y hasta un 0,8% se declaran consumidores habituales de cocaína (con otro 0,4% que la han consumido alguna vez). Al dirigir la pregunta al consumo de fármacos, encontramos un 2,4% que han consumido estimulantes (1,2% alguna vez, 0,8% de forma habitual) y un 18,8% medicamentos tranquilizantes (13,5% de manera ocasional, 5,3% de forma habitual). Solo un 23,4% no consumen alcohol, frente a un 70,0% que lo ingieren menos de dos y 5,3% de cuatro veces (de 2 a 4 veces) a la semana; un 0,4% declara consumirlo a diario. Un consumo ocasional o habitual de bebidas estimulantes lo realizan un 36,3% y 10,9%, respectivamente. La práctica de la automedicación está presente en el 41,9% de los alumnos.

En lo que atañe a su vida sexual, un 51,4% no tiene pareja estable; de los que reconocen tenerla, un 14,7% la tienen en su ambiente de estudios (en su propia facultad). El 78,3% han tenido relaciones sexuales plenas (coitales), un 58,2% con una única pareja (11,9% con entre dos y cinco, 1,6% con más de cinco y 1,2% con más de diez; un 26,6% no contestan a esta cuestión). El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo, por un 51,6% de los entrevistados (la píldora 21,8%, 2,2% otros; un 4,4% de los que tiene relaciones sexuales no utiliza ningún método). Además, un 10,6% reconoce asumir algún riesgo en sus prácticas sexuales.

Al preguntarles por sus aficiones, el 25,7% señalan la música como su afición principal, el cine el 22,0%, la lectura el 19,0% y el deporte 17,6% (otras aficiones el 14,9%). En relación con los medios de información utilizados, globalmente el 15,0% prefiere la radio, el 47,9% la televisión, un 19,6% la prensa escrita y un 84,8% las redes sociales, siendo un porcentaje elevado el que manifiesta acceder a la información diaria a partir de fuentes diferentes.

Al evaluar las motivaciones o condicionantes que pudieran haber influido en su decisión para iniciar la carrera de Medicina hemos encontrado en casi una tercera parte (30,0%) la existencia de algún familiar cercano médico (hermano, padre, tío o abuelo), pero siendo solo un 6,2% los que reconocen este aspecto como condicionante de su decisión. Para la mayoría de los estudiantes, el haber iniciado la carrera de Medicina ha representado la renuncia a algunos planes (43,6%) y la pérdida de amistades (22,4%). En relación con lo anterior, el 41,2% ha pensado o piensa todavía en abandonar la carrera. Respecto a sus hábitos de estudio, fuera de los horarios de clase la mayoría de nuestros alumnos (61,9%) dedican a sus tareas de trabajo entre 2 y 5 horas diarias, el

21,4% menos de dos horas y el 16,6% más de cinco horas. El 68,4% estudian con el teléfono móvil activado y un 100% hace uso de WhatsApp (79,9% de Facebook y 30,7% de Twitter).

Cuando se les interroga sobre los recursos docentes de la Facultad, un 50,2% los consideran suficientes y un 2,4% muy buenos, frente a un 39,0% que los considera escasos o muy escasos (7,8%). La mayoría opinan que la preparación de los profesores es adecuada (63,5%) o muy buena (11,0%), si bien hasta un 37,3% sostiene que su compromiso general con la tarea docente es bajo (medio 53,3%, 9,4% alto) y el 45,0% que la relación con el alumno es deficiente (54,1% aceptable, 1,6% muy buena). Les parece que su formación práctica es escasa al 64,3% y que su formación investigadora es deficiente (el 52%) o nula (29,5%). Una parte mayoritaria del alumnado considera el precio de la matrícula caro (47,9%) o muy caro (17,2%).

Sobre sus preferencias y expectativas profesionales, un 43,8% esperan realizar una especialidad médica, un 36,1% una médico-quirúrgica y un 20,1% una quirúrgica. Una parte importante (56%) optarían por trabajar en el sistema sanitario público, un 2,9% en el privado y un 40,2% en ambos simultáneamente.

Al investigar las posiciones, actitudes y valoraciones que hacen los alumnos de algunos temas de actualidad y controvertidos en el ejercicio de la medicina, la mayoría son partidarios de la eutanasia (35,2% siempre, 53,7% a veces), de la que el 56% no consideran los cuidados paliativos como una alternativa a la misma. De los alumnos que actualmente cursan estudios en nuestra Facultad, casi el 95% son partidarios del derecho al aborto de las mujeres (55,7% siempre, 39,3% a veces) y el 67,2% están de acuerdo con la selección de embriones y el uso de células embrionarias humanas con fines de investigación y terapéuticos. En consonancia con estos resultados, al interrogarles sobre sus ideas políticas un 17,0% se definen como de derechas, un 33,9% de centro y una mayoría (45,7%) como de izquierdas. En cuanto a sus creencias religiosas, el 67,6% se consideran agnósticos o ateos (27,0% y 40,6%, respectivamente), frente a un 31,6% que se consideran creyentes (solo un 13,1% practicantes). Sobre un tema presente en los análisis de la actual población universitaria, la inmensa mayoría no considera la feminización de la profesión médica como un problema. Finalmente, el 80% se manifiesta optimista sobre su futuro profesional.

Al analizar las diferencias de respuesta al cuestionario entre hombres y mujeres hallamos que solo existen diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de las mujeres para el total de horas de estudio en el primer curso y a favor de los hombres en 5º y 6º curso en cuanto a tener pareja estable y mostrarse a favor de la selección de embriones.

DISCUSIÓN

Son escasos los estudios que analizan las actitudes y percepciones de los estudiantes de Medicina sobre su formación, sus motivaciones y la valoración que hacen de su futuro. Algunos autores reconocen la importancia de acercarse a esas consideraciones con la idea de mejorar su relación con las instituciones académicas y lograr una mejor disposición para su desarrollo profesional. Es posible que el mejor conocimiento de los principales condicionantes, de sus hábitos de vida, de sus actitudes y expectativas permita estimar algunas necesidades docentes y lograr un sistema de preparación de los futuros médicos más satisfactorio y adaptado a la realidad actual.

La información relacionada con las características de la dieta de los universitarios del área de Ciencias de la Salud es parcial y variable en los métodos utilizados para su obtención. Diversos autores han destacado que la población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional^(1,2), ya que se caracteriza por saltarse comidas habitualmente, picar entre horas, tener preferencia por la comida rápida y consumir alcohol con frecuencia^(3,4). Además, durante el periodo universitario los alumnos suelen asumir por primera vez la responsabilidad de prepararse sus comidas⁽⁴⁾. En nuestro trabajo, al preguntar sobre sus hábitos de vida, encontramos que más de una tercera parte (37,7%) no realiza un desayuno correcto y solo el 65,2% hace una dieta adecuada. Diversos estudios ponen de manifiesto la influencia que tiene el desayuno sobre el rendimiento físico e intelectual en las actividades que se realizan durante la mañana⁽⁵⁾, y es considerado como una de las comidas más importantes en la dieta de cualquier individuo⁽⁶⁾. Sin embargo, a pesar de su importancia, la omisión del mismo o su realización de forma inadecuada resulta ser una práctica alimentaria común entre los adolescentes y universitarios, principalmente por “falta de tiempo” o sentir poco apetito a primera hora del día⁽⁷⁾. En nuestro país, dentro de los universitarios que cursan estudios de nutrición el 7,3% no desayunan habitualmente, lo que ocurre en un 4,5% de los estudiantes de enfermería⁽⁸⁾. En referencia a la actividad física, los resultados son similares a los obtenidos por otros autores, en los que se muestra que los hombres son más activos en comparación con las mujeres^(8,9). Nosotros encontramos en la muestra estudiada que un 40,2% de los alumnos lo realizan a diario una hora o ninguna, un 37,7% entre una y dos horas y un 22,1% más de dos horas, lo que representa un nivel de ejercicio dentro de lo recomendable en casi dos tercios del alumnado encuestado. También el dormir las horas adecuadas se ha relacionado con un mayor rendi-

miento académico y una percepción más favorable del estado de salud⁽¹⁰⁾. Los valores obtenidos en nuestra encuesta arrojan valores semejantes a los encontrados en otros ambientes universitarios⁽¹¹⁾. Los expertos en el tema vinculan la falta de sueño al incremento en el uso de teléfonos móviles y ordenadores en las horas cercanas al momento de iniciar el sueño⁽¹⁰⁻¹²⁾. Nosotros no hemos investigado esa relación, aunque un número importante de los estudiantes que han respondido a nuestro cuestionario hacen un uso excesivo del móvil^(12,13), estudiando la mayoría con el conectado (68,4%) y relacionándose mediante alguna mensajería instantánea o red social. Es de suponer que este uso excesivo se vincula fundamentalmente a la comunicación entre iguales y la búsqueda de noticias⁽¹²⁾, ya que como fuente de información general prefieren este medio a la radio y la televisión.

Sobre la actividad preferida por los universitarios en el tiempo que no dedican al estudio, la mayoría de los encuestados prefieren la música, el cine, la lectura y el deporte, por ese orden, aunque en porcentajes similares. Este es un aspecto poco valorado en otros estudios, aunque resulta de importancia a la hora de conocer las inquietudes y actitudes de nuestros alumnos⁽¹⁴⁾.

El consumo de drogas legales e ilegales entre los estudiantes de Medicina es un fenómeno deficientemente conocido, siendo poco homogéneos tanto la metodología como el rigor de los trabajos publicados. En una revisión sistemática de las publicaciones más recientes (24 de ellas con información de universidades europeas) se ha encontrado que entre los estudiantes de Medicina se produce principalmente consumo de alcohol (24%), de tabaco (17,2%) y de cannabis (11,8%)⁽¹⁵⁾. En general, el consumo es mayor en los estudiantes de los cursos superiores, también en los estudiantes varones y con variaciones dependiendo del área geográfica. Esto tiene importancia, ya que el consumo de drogas se inicia habitualmente en la adolescencia y al principio de la vida adulta^(16,17), precisamente el período de edad en que se encuentran los encuestados, y en poco tiempo formarán parte como médicos del sistema sanitario, representando una pieza clave en la identificación y tratamiento de los problemas asociados a su consumo^(18,19). Nosotros hemos hallado que entre los alumnos de nuestra Facultad un 23,4% no consume alcohol, frente a un 70,1% que lo ingieren menos de dos veces a la semana, un 5,3% de dos a cuatro veces y un 0,4% (1 encuestado) que declara consumirlo a diario. Estos datos son muy inferiores a los obtenidos en el Reino Unido, donde se describen consumos por encima de 14 (las mujeres) y 21 (los hombres) de unidades de bebida estándar a la semana (UBEs/sem) en el 46 y 61% de los encuestados, con niveles de un 15% de bebedores con perjuicio para su

salud⁽²⁰⁾. En España, Zaldívar y cols. han comunicado un consumo perjudicial en el 25% de la población universitaria⁽²¹⁾.

Solo un 3,7% de los encuestados son fumadores habituales de cigarrillos, lo que representa un porcentaje notablemente menor que el recogido como media en los países de nuestro entorno (19% en Europa) y que el obtenido en otras Facultades de Medicina de nuestro país (28 a 30%)^(22,23). Estas diferencias se pueden explicar por la forma de identificar a los fumadores habituales y la definición de "fumador", que en otras encuestas ha variado desde "fumar cigarrillos al menos un día los últimos 30 días" en unos estudios a "consumir más de 100 cigarrillos en su vida" en otros. Nosotros hemos optado por una forma más directa de explorar este campo, que ha consistido en preguntar al alumno si se considera o no fumador habitual (*current smoker*, en la terminología más utilizada). En algunos estudios con una fórmula en la pregunta comparable a la nuestra se han encontrado porcentajes superiores de fumadores, tanto en otras poblaciones universitarias como en poblaciones coetáneas no universitarias⁽²³⁻²⁵⁾. No pudiendo asegurar las causas de esta menor presencia del tabaquismo en nuestros estudiantes, quizá pueda relacionarse con la existencia de un mejor conocimiento de las consecuencias debido a las recientes campañas legales y mediáticas con mensajes agresivos y que han modificado las prácticas de su consumo en la población general. Dada la relación consistentemente establecida entre el consumo combinado de diferentes tóxicos (dependencia múltiple)^(16,17), hemos querido conocer la presencia de las drogas ilegales y fármacos entre los estudiantes de nuestra Facultad. Sabemos que la marihuana es la droga ilegal más consumida en la población general, habiendo dado lugar a numerosas investigaciones dentro de la población universitaria. En Europa su consumo no es muy diferente entre los estudiantes de Medicina de unos países a otros^(17,26), donde cerca del 14% refieren haberlo consumido en el último año. Es, no obstante, un consumo inferior al observado en la población general y en aquellos que cursan otros estudios universitarios⁽¹⁷⁾. En cuanto a otras drogas, los que se declaran consumidores habituales de cocaína representan un porcentaje similar al observado en estudiantes universitarios en general y de ciencias de la salud en particular⁽²⁷⁾, no siendo considerados como especialmente preocupantes desde el punto de vista cuantitativo para los investigadores de este tema.

Al intentar conocer las prácticas respecto al consumo de fármacos, encontramos que las publicaciones revisadas señalan que existe una notable diferencia en cuanto a su utilización dependiendo del área geográfica^(16,17), siendo su consumo de casi el doble en EE.UU. respecto a Europa. Su uso se relaciona sobre todo con situaciones de mayor exigen-

cia académica, y al igual que los tranquilizantes su consumo es mayor en los cursos superiores⁽¹⁵⁾. Nosotros encontramos que el 18,8% de los estudiantes de nuestra Facultad utilizan medicamentos tranquilizantes (13,5% de manera ocasional, 5,3% de forma habitual), lo que representan cifras comparables a lo observado en la población universitaria general, donde se ha vinculado con el estrés académico; es más prevalente en mujeres y predominan entre ellos las benzodiacepinas^(17,28). La práctica de la automedicación está presente en el 41,4% de los alumnos incluidos en el estudio, frente a un 90,8% de prevalencia en los universitarios de nuestro país⁽²⁹⁾. Fundamentalmente los universitarios españoles se automedican con analgésicos/antiinflamatorios (consumidos por el 73,0% de los automedicadores), las mujeres con anticatarras y los hombres más con antibióticos. Es fácil suponer que los individuos con hábitos de información sobre medicamentos presentaron un menor consumo, especialmente de antibióticos⁽³⁰⁾. No obstante, siendo la práctica de la automedicación elevada en la población universitaria, en nuestro medio es menor de la reportada anteriormente en otras comunidades.

En lo que tiene que ver con la valoración que hacen del ámbito académico, una parte mayoritaria del alumnado considera el precio de la matrícula caro o muy caro. Sin embargo, valorar el verdadero coste de la educación médica universitaria es complejo⁽³¹⁾, ya que en el mismo deben incluirse las tasas de matrícula, libros de texto, instrumental y material para la formación, residencia, vida diaria y desplazamientos⁽³²⁾, lo que metodológicamente puede resultar complicado de estudiar y controvertido en su análisis. En nuestro país y otros de nuestro entorno socioeconómico los estudiantes pagan solo una mínima parte de los costes totales⁽³²⁾. Aun así, el precio de la matrícula en nuestra Facultad es de 1.354,7 euros por curso, lo que representa una cantidad sensiblemente superior que la que supone para la universidad pública en otros países europeos⁽³³⁾. Esto contrasta con que el porcentaje de alumnos que aquí necesitan solicitar créditos durante su carrera para sostener sus gastos sea pequeño y también el de los que tienen algún empleo simultáneo (estudian y trabajan). En relación con ello, según la información obtenida en este estudio, la mayoría de los alumnos (casi 8 de cada 10) viven en el domicilio familiar y en 7 de cada 10 los estudios son costeados por sus padres, lo cual puede ser una proporción muy alta en comparación con otras regiones y países. De los 37 países de la Unión Europea y del Espacio Europeo de Educación Superior, España es el noveno más caro en los estudios de grado; aquí no hay un sistema de créditos estatales que puedan ser condonados en función de los resultados o devueltos con el primer sueldo (lo tienen 29 países), ni de desgravación fiscal a las familias

por cada hijo universitario hasta que este cumple los 25 años (lo ofrecen 16 países), ni de ayudas familiares por cada hijo que va a la Universidad (está vigente en 12 países). Y en lo que se refiere a Asturias, nuestra comunidad ocupa en coste de matrícula para el estudiante un lugar intermedio entre todas las españolas, entre Cataluña (la más cara) y Galicia (un tercio menos de coste por curso)⁽³³⁾.

En nuestra Facultad, solo un 28,6% reciben algún tipo de beca, y entre nuestros encuestados ninguno trabaja a la vez que cumple sus obligaciones académicas. Esto se corresponde con el 29% de los estudiantes españoles, tanto en universidades públicas como en privadas, que ha podido obtener algún tipo de ayuda parcial por parte del Gobierno, porcentaje similar al existente en Rumanía, Turquía o Macedonia, y considerablemente inferior al porcentaje de becarios en países como Reino Unido, Holanda, Suecia o Dinamarca⁽³³⁾. No disponemos de datos sobre la renuncia a estudiar Medicina debido a la falta de medios económicos familiares, ni sobre el impacto que pueda suponer trabajar simultáneamente o haber sentido esta condición como responsable de una educación médica por debajo de las expectativas personales⁽³⁴⁾. Sí se ha estudiado el condicionamiento económico como fuente de estrés y de afectación de la salud mental en diversos estudios⁽³⁵⁻⁴¹⁾, aunque ninguna de estas investigaciones ha sido realizada en nuestro país.

Un aspecto de gran importancia en la calidad de la formación de nuestros estudiantes y futuros médicos. En los últimos años se ha producido un descenso significativo en el número de estudiantes de Medicina que completan sus estudios de doctorado^(42,43), lo que es una observación común a diferentes países. Ello ha supuesto una disminución de las becas concedidas para desarrollar sus proyectos de investigación^(44,45). En relación directa con ello, también es menor el porcentaje de médicos que tienen la investigación como principal actividad laboral⁽⁴⁶⁾. En nuestro estudio, una gran mayoría de los alumnos considera deficiente o nula la formación investigadora que reciben a lo largo de su carrera, con una asignatura donde se comentan algunos aspectos generales relacionados con esta actividad (como introducción al método científico) y tres optativas con contenidos metodológicos⁽⁴⁷⁾. Esto parece señalar que existe una demanda de mayor preparación investigadora, a pesar de optar por las asignaturas de libre elección una minoría de alumnos y de la escasa demanda de las ayudas para la formación investigadora convocadas por el Ministerio de Educación y que permiten a los alumnos integrarse en grupos de investigación ya establecidos. Según un estudio reciente⁽¹⁸⁾, en Suecia el 16% de los alumnos de Medicina realizan investigación durante su carrera y a un 36% de los que no la realizan les

gustaría realizarla, no implicándose en esta actividad por falta de tiempo (23%), sobrecarga de trabajo (22%) y debido a la exigencia de otras asignaturas^(48,59). En ese mismo sentido, nuestras administraciones podrían impulsar la cualificación en este campo, ofrecer información continua sobre las opciones para participar en actividades de investigación a lo largo de la carrera y la creación de programas específicos de pregrado para incentivar la vocación investigadora entre los estudiantes y reclutar futuros investigadores. Las consecuencias de estos cambios tendrían que ser valorados en el futuro, aunque es bien sabido que una deficiente formación investigadora durante la realización del grado de Medicina tiene consecuencias negativas, tanto en el cumplimiento académico como en la investigación clínica y el cuidado de la salud en etapas posteriores. Puede afirmarse que involucrarse en la investigación científica como estudiante de Medicina está fuertemente asociado con las iniciativas de investigación luego de haber finalizado la carrera⁽¹⁸⁾. En el contexto actual, por tanto, ha de destacarse la importancia del Trabajo de Fin de Grado como experiencia investigadora, aunque sea de un valor limitado. Los resultados de algunas investigaciones señalan, además, que el interés por la investigación es superior en hombres que en mujeres⁽⁵⁰⁾, lo que no ha podido ser demostrado en nuestro estudio.

Los resultados obtenidos al investigar la vida sexual de los universitarios incluidos en el estudio nos ofrecen algunas informaciones reveladoras sobre sus actitudes, conductas sexuales y creencias. En lo que atañe a sus prácticas sexuales, una mayoría no tiene pareja estable, y del total, los que reconocen tenerla pertenece a su ambiente de estudio (en su propia facultad). Tres cuartas partes han tenido relaciones sexuales plenas (relaciones coitales), un 58,2% con una única pareja, el resto con más de dos, de cinco o de diez. El contexto en el que deben interpretarse estos datos lo ofrecen algunas publicaciones según las cuales la mayoría de las mujeres que cursan Medicina en nuestro país tienen relaciones sexuales antes de los 20 años⁽⁵¹⁾, siendo la edad media de la primera entre jóvenes estudiantes españoles de 18,6 años (18,1 en hombres y 19,1 en mujeres)^(52,53), con tendencia al descenso en los últimos años y superior a la media de otros países europeos y EE.UU.⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾. Como ocurre en otros países, en nuestro caso el método anticonceptivo más utilizado es el preservativo masculino, seguido de la píldora, con un 4,4% que no utiliza ningún método. La gran preferencia por el preservativo podría explicarse por su fácil adquisición y disponibilidad, su precio y la doble función anticonceptiva (prevenir el embarazo) y de profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual^(57,58). Dentro de estas consideraciones, algunos estudios han constatado que las chicas son menos

partidarias del uso del preservativo^(51,59). Debe resaltarse que para el uso de anticonceptivos orales encontramos un resultado notablemente superior a los hallados en universitarios en otro estudio nacional⁽⁶⁰⁾, en el que un 4,9% de los universitarios manifestaban su utilización, lo mismo que en nuestra Facultad es más alto, casi cuadruplicándolo, el número de alumnos que tiene relaciones sexuales sin método anticonceptivo⁽⁶⁰⁾. En el mismo sentido, aquí uno de cada diez alumnos reconoce asumir algún riesgo en sus prácticas sexuales. Se ha relacionado la mayor frecuencia de relaciones sexuales con un menor uso del preservativo, tanto en chicos como en chicas^(59,61), no considerando ni hombre ni mujeres que unas relaciones placenteras tienen por qué ser necesariamente amorosas, aceptando que puedan ser “fortuitas, accidentales o de una noche”^(61,62). Para los estudiantes universitarios el uso de preservativos se relaciona con sexo “esporádico”, mientras que la píldora está asociada con un estatus de más madurez y con una sexualidad “más experimentada”⁽⁵⁸⁾. La percepción del riesgo es más frecuente en las relaciones afectivas mantenidas (pareja estable) que en las relaciones casuales⁽⁶²⁾, siendo las chicas las que perciben un mayor riesgo⁽⁵⁹⁾. Estos datos subrayan la necesidad de mejorar los mensajes transmitidos a los jóvenes⁽⁶³⁾.

A pesar de la dificultad para seguir aceptando las etiquetas de derecha, centro e izquierda al considerar el posicionamiento político de personas y grupos, es indiscutible su valor operativo y práctico al acercarse a la realidad de un colectivo determinado. Estas definiciones sirven para estructurar un discurso socioeconómico, moral, de valores y concepción del ser humano, los cuales pueden tener similitud con los elementos que conforman el discurso religioso⁽⁵¹⁾. Tal asociación ha sido comunicada en algunos estudios^(51,56), encontrándose que los jóvenes más religiosos preferían partidos políticos y candidatos que se autodenominan de derecha y los que no se identifican con un credo religioso muestran preferencia por los considerados de izquierda. No obstante, son escasos los estudios que relacionan aspectos ideológicos, posicionamientos políticos y creencias religiosas en universitarios, lo que hace difícil establecer una correlación entre ellos confiable o válida más allá de su descripción en este momento y en el ámbito de nuestro estudio. No obstante, al interrogar a nuestro alumnado sobre sus ideas políticas, un 17,0% se definen como de derechas, un 33,9% de centro y una mayoría (45,7%) como de izquierdas. Y en cuanto a sus creencias religiosas, una mayoría se consideran agnósticos o ateos, frente a una tercera parte que se consideran creyentes. En consonancia con estos resultados, al investigar las posiciones, actitudes y valoraciones que hacen los alumnos de algunos temas de actualidad y controvertidos en el ejercicio

de la medicina, la mayoría son partidarios de la eutanasia, sin considerar los cuidados paliativos como una alternativa a la misma. De los alumnos que actualmente cursan estudios en nuestra Facultad, casi el 95% son partidarios del derecho al aborto de las mujeres y también una amplia mayoría están de acuerdo con la selección de embriones y el uso de células embrionarias humanas con fines de investigación y terapéuticos. Evidentemente, estas son cuestiones clave en el ejercicio futuro de la medicina, ya que muchas veces serán los médicos los responsables de informar, prescribir y actuar en estos asuntos, que se sitúan radicalmente sobre el concepto de la vida humana y sus límites; también sobre la noción de objeción de conciencia y su reconocimiento legal.

Otra cuestión de interés en la evaluación del sistema docente. La mayoría opinan que la preparación de los pro-

fesores es adecuada o muy buena, aunque casi la mitad cree que la relación profesor-alumno es deficiente. Y casi dos terceras parte afirma que la formación práctica que reciben es escasa, concordando este resultado con lo observado en otros trabajos en los que los estudiantes demandan mayor preparación práctica y de habilidades clínicas^(64,65). Estas opiniones ponen de manifiesto el interés de los encuestados de disponer de más tiempo para las prácticas, seminarios y otros procesos de autoaprendizaje, aspectos potenciados por el Plan Bolonia⁽⁶⁶⁾, así como introducir a los estudiantes en el mundo sanitario, con el objetivo de que entiendan el rol y el impacto social y sanitario de su profesión⁽⁶⁷⁾. Al valorar esta información debe tenerse en cuenta el punto de vista de los docentes y profesores, que puede no coincidir con la percepción y deseos de los alumnos en aspectos importantes⁽⁶⁸⁾.

ANEXO I. ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO: "PERCEPCIÓN SOBRE VOCACIÓN, HÁBITOS DE VIDA, RECREACIONES, FORMACIÓN Y ACTITUDES PROFESIONALES"

Aspectos generales y sociodemográficos

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad (años) 2. Curso 3. Sexo: <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 4. Domicilio habitual durante el curso: <ul style="list-style-type: none"> - Familiar - Residencia - Vivienda de alquiler | <ol style="list-style-type: none"> 5. Financiación de estudios: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos propios (padres/familiares) - Beca - Crédito bancario 6. ¿Tienes familiares cercanos médicos? <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No |
|--|---|

Hábitos de vida y recreaciones

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Realizas un desayuno correcto (leche o derivados, fruta, cereales) todos los días: <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 9. Haces una dieta correcta (cinco comidas, suficiente, variada, equilibrada): <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 10. Horas de estudio diario: <ul style="list-style-type: none"> - < 2 - 2 a 5 h - > 5 h 11. Horas diarias de ejercicio físico: <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - < 1 h - 1-2 h - > 2 h | <ol style="list-style-type: none"> 12. Horas diarias de sueño nocturno: <ul style="list-style-type: none"> - < 5 h - 5-7 h - > 7 h 13. Fumador habitual: <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 14. ¿Has probado/consumes marihuana? <ul style="list-style-type: none"> - No - Alguna vez - Habitualmente 15. ¿Has probado/consumes cocaína? <ul style="list-style-type: none"> - No - Alguna vez - Habitualmente 16. ¿Consumes fármacos estimulantes? <ul style="list-style-type: none"> - No - Alguna vez - Habitualmente |
|--|---|

.../...

ANEXO I. (CONTINUACIÓN) ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO: "PERCEPCIÓN SOBRE VOCACIÓN, HÁBITOS DE VIDA, RECREACIONES, FORMACIÓN Y ACTITUDES PROFESIONALES"

Hábitos de vida y recreaciones (cont.)

- | | |
|--|---|
| <p>17. ¿Consumes fármacos tranquilizantes?</p> <ul style="list-style-type: none">- No- Alguna vez- Habitualmente <p>18. Consumo de alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nunca- < 2 v/sem- 2-4 v/sem- Diario <p>19. Consumo de bebidas estimulantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- No- Alguna vez- Habitualmente <p>20. Automedicación:</p> <ul style="list-style-type: none">- No- Alguna vez- Frecuentemente <p>21. ¿Tienes pareja estable?</p> <ul style="list-style-type: none">- No- Sí y está vinculada a la profesión médica- Sí y es ajena a la profesión médica <p>22. ¿Has tenido relaciones sexuales? Recuerda que por "relaciones sexuales" nos referimos a relaciones sexuales completas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Sí- No <p>23. ¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales completas aprox. durante el último año?</p> <ul style="list-style-type: none">- 0- 1- Entre 2- 5- > 5- > 10 <p>24. ¿Qué métodos anticonceptivos utilizas en tus relaciones sexuales?</p> <ul style="list-style-type: none">- Nada- Preservativo- Píldora anticonceptiva- Anillo vaginal- DIU- Implante- Otros | <p>25. ¿Sabes cuál es el riesgo asumido cuando se mantienen relaciones sexuales sin preservativo?</p> <ul style="list-style-type: none">- No- Sí, pero prefiero asumir riesgos- Sí, por eso siempre me protejo <p>28. Aficiones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cine- Música- Lectura- Deporte- Otras <p>29. Estudias con el teléfono móvil activado a tu lado</p> <ul style="list-style-type: none">- Sí- No <p>30. Usas redes sociales/mensajerías instantáneas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sí- No <p>31. En caso afirmativo, ¿cuáles?:</p> <ul style="list-style-type: none">- WhatsApp- Facebook- Twitter- Otras <p>32. En caso afirmativo, cuánto tiempo les dedicas al día:</p> <ul style="list-style-type: none">- < 1 h- 1-3 h- > 3 h <p>33. Como medio de información principal sobre la actualidad utilizas (puedes marcar más de una respuesta):</p> <ul style="list-style-type: none">- Redes sociales- Prensa escrita- Radio- Televisión |
|--|---|

Condicionantes a la hora de elegir esta carrera y percepción sobre su formación:

- | | |
|---|---|
| <p>7. ¿Cuál de estas condiciones crees que ha sido más decisiva para que estudies medicina?</p> <ul style="list-style-type: none">- Familiares médicos- Enfermedades en la familia- Experiencias vitales- Imagen de la profesión/función social- Nivel de vida de los médicos | <p>26. La carrera de medicina exige un gran esfuerzo personal. ¿Consideras que has tenido que renunciar a tu vida social por ejercer la medicina?</p> <ul style="list-style-type: none">- No he renunciado a nada, hay tiempo para todo- Sí, me he perdido muchos planes con amigos que no estudian medicina por tener que estudiar- Sí, he renunciado a cosas, pero gracias a la medicina he conocido la verdadera amistad <p>27. ¿Te has planteado alguna vez abandonar la carrera de medicina?</p> <ul style="list-style-type: none">- Sí- No |
|---|---|

.../...

ANEXO I. (CONTINUACIÓN) ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO: "PERCEPCIÓN SOBRE VOCACIÓN, HÁBITOS DE VIDA, RECREACIONES, FORMACIÓN Y ACTITUDES PROFESIONALES"

Consideraciones sobre la Facultad de Medicina, sus recursos docentes y relacionadas con su vocación

- | | |
|---|--|
| <p>34. Respecto a los recursos docentes de que dispone la Facultad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy escasos - Escasos - Suficientes - Muy buenos <p>35. Respecto a la preparación/competencia general de los profesores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasa - Adecuada - Muy buena <p>36. Respecto al compromiso general de los profesores con su responsabilidad docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo - Medio - Alto | <p>37. Respecto a la relación alumno/profesor, consideras que es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deficiente - Aceptable - Muy buena <p>38. Respecto al precio de la matrícula:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy caro - Caro - Asequible - Barato <p>39. Respecto a la formación práctica que recibes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasa - Suficiente - Alta <p>40. Durante la carrera, al futuro médico se le prepara para realizar investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nada - Deficientemente - Sí |
|---|--|

Opinión respecto a temas de actualidad médica, conflictos ético-profesionales y percepción de su futuro como profesionales médicos (ítems 41-50)

- | | |
|---|--|
| <p>41. Si tuviera que decidir ahora me decantaría por una especialidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médica - Quirúrgica - Médico-quirúrgica - Diagnóstica/laboratorio <p>42. En el futuro te gustaría ejercer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el sistema público - En el sistema privado - En ambos <p>43. ¿Tienen los pacientes derecho a la eutanasia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí, siempre - A veces - No <p>44. ¿Los cuidados paliativos son la alternativa a la eutanasia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p>45. ¿Tienen las mujeres embarazadas derecho al aborto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí, siempre - A veces - No | <p>46. La selección de embriones y el uso de células embrionarias debieran ser legales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p>47. Políticamente te consideras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De derechas - De centro - De izquierdas <p>48. ¿Eres creyente?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí, practicante - Sí, no practicante - No, agnóstico - No, ateo <p>49. Consideras que la feminización de la profesión médica será un problema para el sistema de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p>50. Eres optimista respecto a tu futuro profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No |
|---|--|

BIBLIOGRAFÍA

- López-Azpiazu I, Sánchez-Villegas A, Johansson L, Petkeviciene J, Prattala R, Martínez-González MA. Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *J Hum Nutr Diet*. 2003; 16: 349-64.
- Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns - A survey of university students in Europe. *Int J Obes*. 1995; 19: 723-30.
- Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamah F. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 1996; 348: 922-5.
- Baric I, Satalic Z, Lukešić Z. Nutritive value of meals, dietary habits and nutritive status in Croatian university students according to gender. *Int J Food Sci Nutr*. 2003; 54: 473-84.
- Herrero R, Fillat JC. Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. *Nutr Hosp*. 2006; 21: 346-52.
- Karlen G, Masino MV, Fortino MA, Martinelli M. Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal. *DIAETA (B. Aires)*. 2011; 29: 23-30.
- Rivas P, Redondo C, Amigo T, González-Lamuño D, García M. Desayuno y almuerzo de los adolescentes escolarizados de Santander. *Nutr Hosp*. 2005; 20: 217-22.
- Rizo-Baeza MM, González-Brauer NG, Cortés E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutr Hosp*. 2014; 29: 153-7.
- Zaragoza A, Ortiz R. Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2012; 18: 149-53.
- Quevedo-Blasco V, Quevedo-Blasco R. Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *Int J Clin Health Psychol*. 2011; 1: 49-65.
- Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*. 2003; 26: 117-26.
- Dixit S, Shukla H, Bhagwat A, Bindal A, Goyal A, Zaidi AK, Shrivastava A. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian J Community Med*. 2010; 35: 339-41.
- Ozdalga E, Ozdalga A, Ahuja N. The Smartphone in Medicine: A Review of Current and Potential Use Among Physicians and Students. *J Med Internet Res*. 2012; 14: e128.
- Castillo E, Giménez FJ, Sáenz-López P. Ocupación del tiempo libre del alumnado en la Universidad de Huelva. *Revista de Ciencias del Deporte* 2009; 5: 91-103.
- Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Collazos F, Casas M. Consumo de drogas entre los estudiantes de medicina: Una revisión de la literatura 1988-2013. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015; 43: 109-21.
- UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. 13.XI.6).
- European Drug Report 2013: Trends and developments. EMCDDA, Lisbon, May 2013. Disponible en: www.emcdda.europa.eu/ [accedido el 2 enero de 2014].
- Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ*. 2008; 337: a2155.
- Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Egido A, Barral C, Pérez-Pazos J, Collazos F, et al. The influence of medical student gender and drug use on the detection of addiction in patients. *J Addict Dis*. 2014; 33: 277-88.
- Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 1996; 348: 922-5.
- Zaldívar F, López F, García JM, Molina A. Self-reported consumption of alcohol and other drugs in a Spanish university population. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011; 9: 113-32.
- Gawlikowska-Sroka A, Dzieciolowska E, Szczurowski J, Kamińska E, Czerwinski F. Tobacco abuse and physical activity among medical students. *Eur J Med Res*. 2009; 14: 86-9.
- Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 2009; 9: 219.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, et al; GHPSS Collaborative Group. Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health*. 2012; 126: 159-64.
- Richmond RL, Kehoe L. Smoking behaviour and attitudes among Australian medical students. *Med Educ*. 1997; 31: 169-76.
- Da Silveira DX, Rosa-Oliveira L, Di Pietro M, Niel M, Doering-Silveira E, Jorge MR. Evolutionary pattern of drug use by medical students. *Addict Behav*. 2008; 33: 490-5.
- McLaren J, Mattick RP. Cannabis in Australia Use, supply, harms, and responses. Monograph series No. 57. 2007. Drug Strategy Branch. Australian Government. Department of Health and Ageing. National Drug and Alcohol Research Centre. University of New South Wales.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS. Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013.
- Guillem P, Francès F, Giménez F, Sáiz C. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. *Rev Esp Clin Med Fam*. 2010; 3: 99-103.
- Buke C, Hosgor-Limoncu M, Ermercan S, Ciceklioglu M, Tuncel M, Köse T. Irrational use of antibiotics among university students. *J Infect*. 2005; 51: 135-9.
- Wong JE. The future of medical education: the second 100 years. *Ann Acad Med Singapore*. 2005; 34: 166C-171C.
- Segouin C, Hodges B. Educating doctors in France and Canada: are the differences based on evidence or history? *Med Educ*. 2005; 39: 1205-12.

33. Serrano J, González E. Precios públicos universitarios y ayudas al estudio en Europa. Informe. Federación de Enseñanza de CC.OO. Madrid; 2016.
34. Rosenblatt RA, Andrilla CH. The impact of U.S. medical students' debt on their choice of primary care careers: an analysis of data from the 2002 medical school graduation questionnaire. *Acad Med.* 2005; 80: 815-9.
35. Andrews B, Wilding JM. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychol.* 2004; 95: 509-21.
36. Roberts R, Golding J, Towell T, et al. Mental and physical health in students: the role of economic circumstances. *Br J Health Psychol.* 2000; 5: 289-97.
37. Jessop DC, Herberts C, Solomon L. The impact of financial circumstances on student health. *Br J Health Psychol.* 2005; 10: 421-39.
38. Cooke R, Barkham M, Audin K, Davy J. Student debt and its relation to student mental health. *J Further High Educ.* 2004; 28: 53-66.
39. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201: 60-7.
40. Cvetkovski S, Reavley NJ, Jorm AF. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012; 46: 457-67.
41. Norvilitis JM, Merwin MM, Osberg TM, et al. Personality factors, money attitudes, financial knowledge, and credit-card debt in college students. *J Appl Soc Psychol.* 2006; 36: 1395-413.
42. Cech TR, Egan LW, Doyle C, Gallin E, Lichtman MA, Queenan CJ, Sung N. The biomedical research bottleneck. *Science (New York, NY).* 2001; 293: 573.
43. Wyngaarden JB. The clinical investigator as an endangered species. *Bull N Y Acad Med.* 1981; 57: 415-26.
44. Rosenberg LE. Physician-Scientists--Endangered and Essential. *Science (New York, NY).* 1999; 283: 331-2.
45. Gottesman MM. The role of the NIH in nurturing clinician-scientists. *N Engl J Med* 2013; 368: 2249-51.
46. Garrison HH, Deschamps AM. NIH research funding and early career physician scientists: continuing challenges in the 21st century. *FASEB J.* 2014; 28: 1049-58.
47. Universidad de Oviedo. Grado de Medicina. Plan de Estudios 2016-2017. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
48. Stockfelt M, Karlsson L, C Finizia C. Research interest and activity among medical students in Gothenburg, Sweden, a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2016; 16: 226.
49. Giglio D, Bergh N. Lack of time and money prevent medical students from conducting research. *Lakartidningen.* 2008; 105: 1011-4.
50. Guelich JM, Singer BH, Castro MC, Rosenberg LE. A Gender Gap in the Next Generation of Physician-Scientists: Medical Student Interest and Participation in Research. *J Investig Med* 2002; 50: 412-8.
51. Van-der Hofstadt CJ, Antón-Ruiz FA, Tirado S, Nevarro-Cremades F. Hábitos sexuales en mujeres estudiantes de medicina. *C Med Psicosom.* 2008; 84: 32-48.
52. Informe Durex sobre Bienestar Sexual-GSWS 2007/08, 2007. Disponible en: <http://www.durex.com/es-es/flashrepository/documents/informe%20durex%20de%20bienestar%20sexual%20-%20-%20satisfacci%C3%B3n.pdf>
53. INE Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003, 2006. Disponible en: http://www.ine.es/prodysr/pubweb/saludyhs03/saludyhs03_resu.pdf
54. Warren CW, Santelli JS, Everett SA, Kann L, Collins JL, Cassel C, et al. Sexual behavior among U.S. high school students, 1990-1995. *Fam Plann Perspect.* 1998; 30: 170-2.
55. Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. *J Sex Med.* 2008; 5: 796-803.
56. Hawes ZC, Wellings K, Stephenson J. First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. *J Sex Res.* 2010; 47: 137-52.
57. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviours and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med.* 2006; 3: 121-31.
58. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
59. Richter DL, Valois RF, McKeown RE, Vincent ML. Correlates of condom use and number of sexual partners among high school adolescents. *J Sch Health.* 1993; 63: 91-6.
60. Navarro B, Ros L, Latorre JM, Escribano JC, López V, Romero M. Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Rev Clin Med Fam.* 2010; 3: 150-7.
61. Giddens A. La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Cátedra 2000.
62. Castilla J, Barrio G, Belza MJ, de la Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug Alcohol Depend.* 1999; 56: 47-53.
63. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc).* 2012; 138: 534-40.
64. Pedraza-Muriel V. Formación médica y necesidades sociales. *Med Clin (Barc).* 2001; 116: 658-63.
65. Caramés J. Retos de la formación pregrado. URL: <http://www.diariomedico.com>.
66. Bonete-Perales R. La adaptación de la Universidad de Salamanca al Espacio Europeo de Educación Superior: un desafío para todos. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2006.
67. Palés-Argullós J. ¿Una Bolonia en cada facultad de medicina o una sola Bolonia? *Educ Med.* 2009; 12 (Supl 3): S7-11.
68. Sattar K, Roff S, Ayaub Meo S. Your professionalism is not my professionalism: congruence and variance in the views of medical students and faculty about professionalism. *BMC Medical Education.* 2016; 16: 285.

Revisión

Habilidades de comunicación en la consulta de pediatría

M.E. VÁZQUEZ FERNÁNDEZ¹, C. NÚÑEZ JIMÉNEZ²

¹Pediatra. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. Profesora asociada de Pediatría. Universidad de Valladolid. Coordinadora grupo Educación para la Salud de la AEPap. ²Pediatra. Promoción de la Salud. Dirección General Salud Pública y participación Baleares. Coordinadora grupo Educación para la Salud AEPap.

RESUMEN

Las habilidades comunicativas en la relación médico-paciente influyen en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en la adherencia terapéutica, en la eficiencia clínica, en la disminución del número de exámenes complementarios y en la satisfacción del profesional. Los objetivos de este artículo son presentar herramientas para una comunicación más provechosa en las diferentes circunstancias por las que pasan los profesionales, los padres y los pacientes, y desarrollar recursos que permitan superar el conflicto, que inevitablemente puede surgir.

En la comunicación, tan importante es lo que se dice como la manera de decirlo. Hay que saber controlar tanto lo verbal como lo no verbal y ajustarlo al uso concreto de cada situación. Además, destacamos como habilidades fundamentales en la práctica clínica: la cordialidad al inicio de la entrevista, las preguntas exploratorias, la escucha activa y empática, la aceptación, la cortesía, la congruencia, la comunicación asertiva, la gestión del tiempo y la evitación de interrupciones.

Para finalizar, hablaremos de “las situaciones difíciles” que se pueden generar en cualquier relación interpersonal y de las diferentes técnicas que nos pueden ayudar a convertir el conflicto en algo constructivo.

Palabras clave: Comunicación; Conflictos; Relación médico-paciente.

ABSTRACT

The communicative skills in the patient physician relationship influence the level of satisfaction of patients and family members, in the therapeutic adherence, in the clinical efficiency, in the decrease of the number of complementary exams and in the satisfaction of the professional. The objectives of this article are to present tools for a more profitable communication in the different circumstances that professionals, parents and patients go through, and develop resources to overcome the conflict, which can inevitably arise.

In communication so important is what is said as the way to say it. You have to know how to control both verbal and non-verbal and adjust it to the specific use of each situation. We also highlight as fundamental skills in clinical practice: cordiality at the beginning of the interview, exploratory questions, active and empathetic listening, acceptance, courtesy, congruence, assertive communication, time management and avoidance of interruptions.

Finally, we will talk about “difficult situations” that can be generated in any interpersonal relationship and the different techniques that can help us turn conflict into something constructive.

Key words: Communication; Conflicts; Doctor-patient relationship.

Correspondencia: Dra. Marta Esther Vázquez Fernández. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.
Correo electrónico: mvmarvazfer@gmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento e incorporación de habilidades de comunicación con nuestras familias es una parte esencial de nuestra actividad médica. Todo médico debe tener dos tipos de competencias: científico-técnicas y relacionales⁽¹⁾. Hasta hace relativamente poco se consideraba que los aspectos relacionales formaban parte de las cualidades innatas del profesional y que, por tanto, no podían ser modificados, pues representaban el “arte de la medicina”. Sin embargo, esto no es así⁽²⁾. La realidad es que son habilidades que se deben conocer y entrenar. De ello va a depender la relación que se establezca con el paciente o su familia y los resultados profesionales.

En nuestro quehacer diario en nuestras consultas pueden darse situaciones y pacientes con los que es fácil comunicarse. Pero en otras ocasiones serán situaciones en las que precisaremos dominar técnicas y habilidades de comunicación y de resolución de conflictos: pacientes difíciles, agresivos, situaciones delicadas, etc.⁽³⁾. El objetivo de este artículo es presentar herramientas para una comunicación más provechosa en las diferentes circunstancias por las que pasan los profesionales, los padres y los pacientes y desarrollar recursos que permitan convertir al conflicto en algo constructivo.

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es algo inherente al ser humano. Pero es difícil dar una definición que incluya todas sus propiedades y características. Se podría definir como aquella en las que los participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales y no verbales con el fin de influirse de algún modo. Todo proceso de comunicación lleva implícito una respuesta o devolución de mensaje de la otra persona o grupo de personas⁽⁴⁾.

Pero no todo lo que comunicamos llega al receptor o receptores. Desde lo que el emisor quiere decir a lo que le llega al receptor existe una pérdida inevitable del contenido del mensaje⁽⁵⁾, que depende de una serie de factores:

- El contexto físico: lugar, ruidos, tiempo, etc. No es lo mismo comunicarnos con nuestros pacientes en la sala de espera, en la calle, en un bar o en la consulta médica. No es lo mismo comunicarnos con prisa que con disposición de tiempo suficiente para atender a nuestros pacientes.
- Modelos sociales: roles, expectativas recíprocas, tolerancia, etc. Existen distintas formas de ver la realidad y cuando nos comunicamos con alguna persona nuestros prejuicios y las imágenes preconcebidas de los participantes pueden afectar el proceso.

- Conocimientos y habilidades: saberes propios, experiencias, costumbres, habilidades de comunicación, etc.
- Situación personal del momento: miedos, emociones, sentimientos, actitudes, etc.

Estos hacen que las personas hagamos distintas lecturas del mismo mensaje. Se produce lo que se denomina atención selectiva (generalmente escuchamos más de lo que nos interesa o impacta) e interpretamos según nuestros filtros y nuestra realidad. Para que la recepción del mensaje sea lo más ajustada posible son fundamentales las habilidades de comunicación que veremos más adelante, especialmente la escucha activa y empática⁽⁶⁾.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Tan importante es lo que se dice como la manera de decirlo. Hay que saber controlar tanto lo verbal como lo no verbal y ajustarlo al uso concreto de cada situación. En nuestra consulta los elementos claves de la comunicación verbal comprenden⁽⁷⁾:

- Dar información clara y sencilla. Evitar tecnicismos.
- Modificar conductas hacia estilos de vida más saludables.
- Proporcionar conocimientos sobre la enfermedad.
- Informar sobre la posible evolución.
- Mejorar habilidades para su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Dar alternativas argumentadas.
- Informar sobre normativa y recursos técnicos y legales.

Pero, por otro lado, estaría el lenguaje paraverbal y no verbal. El lenguaje paraverbal se refiere al volumen y tono de voz (monótono o aburrido, con entonación e inflexiones de voz o fuerte y enfadado), la fluidez y la claridad (transmitir ideas o mensajes clave), la velocidad (no hablar demasiado rápido) y la duración (“lo bueno si breve, dos veces bueno”), que ayudan a la comprensión del lenguaje verbal. El lenguaje no verbal incluye a todo nuestro cuerpo: la mirada, la expresión de nuestra cara, los asentimientos con la cabeza, la sonrisa, los gestos con la mano, la postura, el distanciamiento, etc.

Es importante que todos los elementos sean coherentes. Cuando en el proceso de comunicación el lenguaje verbal y no verbal no dicen lo mismo o se contradicen, la comunicación “chirría”, y al final con lo que nos quedamos es con lo no verbal⁽⁷⁾. *Si en algún momento hemos discutido con alguien, probablemente recordemos el enfado pero no la causa exacta del mismo.*

Además, hoy en día podemos utilizar la comunicación por Internet con nuestros pacientes. Vivimos inmersos en el mundo de las tecnologías y de la comunicación y la inmensa mayoría de nuestros pacientes lo utilizan. Es fundamental

desarrollar o recomendar recursos de información fiable sobre la salud en Internet o vía telemática. Aunque nunca van a llegar a remplazar la comunicación presencial con nuestros pacientes, pueden ser una herramienta que facilita la comprensión y corrobora nuestro consejo.

HABILIDADES BÁSICAS PARA COMUNICARNOS MEJOR

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, pero la comunicación en pediatría tiene unas características especiales. La mayoría de las veces nos tenemos que entender y comunicar con más de una persona: por una parte el niño y por otra la familia (padres, abuelos, cuidadores)⁽⁸⁾. La capacidad de comunicar y comprender su propia enfermedad varía con la edad del niño y de su grado de madurez, pero tanto el niño como su familia merecerán nuestra atención y consideración, tratando de adecuar nuestro lenguaje⁽⁹⁾.

En la búsqueda de las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud infantil vamos a destacar⁽¹⁰⁾:

1. Cordialidad

Es fundamental al inicio de la entrevista. La mayoría se trata de comunicación no verbal: sonreír, darles la mano, presentarse (en la primera visita), clarificar los papeles de los acompañantes que tengamos en la consulta (residentes o estudiantes), llamarles por su nombre o invitarles a sentarse. Facilita la relación de los primeros momentos, y puede incluso determinar la relación posterior⁽¹⁰⁾.

2. Obtención de información

Las preguntas exploratorias nos permitirán conocer qué le pasa exactamente al niño. Una técnica recomendada es la estrategia del cono: al principio preguntas abiertas (*cuénteme, ¿qué le pasa?*), después preguntas dirigidas (*¿Desde cuándo? ¿En qué momento? ¿Dónde le duele?*) y finalmente preguntas cerradas (sí/no), para perfilar detalles⁽¹⁰⁾. No conviene concatenar preguntas porque si no al final se liará y solo contestará a las últimas. No olvide preguntar al niño, a veces tienen cosas que decir. *Una madre cuenta que el niño no duerme por la noche. Pero si hablamos con el niño dice que cuando se acuesta oye a su padre y a su madre discutir. Después, conversando con la madre, descubrimos un serio problema familiar.*

3. Escucha activa y empática

Es ponerse en el lugar del otro y manifestar nuestro deseo de ayudar. Supone una atención selectiva, la persona recep-

tora está atenta solo a lo que la otra persona comunica. Para la persona escuchada supone de gran ayuda. Para el que escucha le permite conocer a la otra persona. Una herramienta muy útil que lo facilita son los apoyos narrativos como asentimientos, sonrisas, silencios adecuados, facilitadores, frases por repetición, etc. Cuando una persona se siente escuchada y percibe que lo que le pasa es importante para el otro las relaciones se harán más enriquecedoras y colaboradoras⁽⁷⁾. También es necesario reconocer nuestras limitaciones y buscar las ayudas que sean necesarias. *Paciente que acude por cefaleas frecuentes. Si se limita a ponerle una medicación puede pasar por alto que el problema puede ser un bullying en el colegio.*

4. Aceptación, cortesía y congruencia

La aceptación significa aceptar a la otra persona como un ser único tal y como es, aquí y ahora, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona: edad, sexo, procedencia, valores, ideas, actitudes, etc.

La cortesía significa amabilidad, buena educación y consideración. Los pediatras, por lo general, somos personas amables. Nuestra función es asesorar y ayudar para que ellos después tomen sus decisiones.

La congruencia es la adecuación entre lo que pensamos, lo que sentimos y lo que expresamos. Cuanto mayor sea la congruencia, diremos las cosas con más naturalidad y mayor será la probabilidad de que nuestra comunicación sea captada sin ambigüedades y de poder ayudar a otro. Se trata de dar información lógica que el paciente pueda entender.

5. Comunicación asertiva

No enfadarse, no ceder, no tratar de imponerse. Utilizar un estilo asertivo de comunicación implica expresar los propios sentimientos, necesidades y derechos sin amenazar los derechos de las otras personas. Decir SÍ cuando quiero decir SÍ, decir NO cuando quiero decir NO. Sin herir ni agredir al otro. Respetando su postura (derechos y punto de vista) y defendiendo sus convicciones y derechos. No someterse a la voluntad de otros. Valorar nuestro yo respetando el derecho de los otros. Imagine la siguiente situación en la consulta: *una mamá trae al niño al médico por fiebre y quiere que le dé antibiótico pues es lo que le va bien.*

Comportamiento pasivo: *bueno, vale... no es que sirvan para mucho... porque pienso que es algo vírico... pero si tú te quedas más tranquila... pues te lo receto.*

Comportamiento agresivo: *vamos, ni lo sueña... los antibióticos no sirven para esto. Está usted equivocada. Solo faltaría que usted dijera qué tengo que dar a su hijo.*

Comportamiento asertivo: *mire, creo que es mejor no darlos (sentimientos). Los antibióticos no sirven para procesos víricos*

(hechos). Además, *dados sin control incrementan las posibilidades de resistencias, que harán que cuando verdaderamente se los necesita pierdan su eficacia (consecuencias) Podemos observarle durante unos días.*

6. Gestión del tiempo

Un asunto que es de primera importancia en la práctica de la medicina es el factor tiempo. Es necesario dar el tiempo necesario a cada paciente para poder dialogar, entender su problema, aclarar sus dudas, etc. Para ello, teniendo en cuenta que las condiciones laborales de los pediatras han empeorado en los últimos años, una forma de rentabilizar el tiempo disponible es la microgestión de las consultas, haciendo que cada profesional asuma su labor sin interferencias de otros profesionales de los propios pacientes o incluso de nosotros mismos. En este sentido, Jiménez Ales⁽¹¹⁾ da las pautas para conseguir sobrevivir y superar los problemas laborales de sobrecarga y organización asistencial.

7. Evitación de interrupciones

Un factor de distorsión importante en las consultas son las interrupciones como tomar notas constantemente o mirar continuamente al ordenador, pasar llamadas en mitad de la consulta, las múltiples entradas de diferentes profesionales en la consulta o el llanto de niño. Se debe intentar controlar y conseguir un ambiente distendido y relajado que permita conocer qué le pasa al niño o a la familia.

Basándonos en la premisa de que la comunicación puede ser enseñada, y que es una función central que no debiera ser dejada a su evolución natural, basada en la experiencia adquirida en la vida de cada uno, debemos encaminarnos hacia una comprensión más profunda de ella, para tratar de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases que implica el abordaje de la salud. Para el logro de esta habilidad no solo se requiere una simple capacitación técnica, se requiere de toda una filosofía y abordaje desde diversas perspectivas del saber humano para poder obtener un compromiso más real y responsable del médico con su paciente⁽³⁾.

SITUACIONES DIFÍCILES EN LA RELACIÓN CLÍNICA PEDIÁTRICA

No hay ningún trabajo que nos indique exactamente la frecuencia de relaciones difíciles en nuestro ámbito de trabajo^(12,13). Pero en nuestra práctica diaria muchas son las causas: estrés, cansancio, citas cada 5 minutos, acumulación de consultas, pacientes sin cita previa, hiperfrecuentadores, hiper-

demandantes, padres que no quiere vacunar a su hijo, los que no se muestran satisfechos con nuestras propuestas, el que no nos entiende, el que nos amenaza o nos culpa de algo, etc.

A nivel emocional, todas estas situaciones crean desgaste en el profesional y, por tanto, es necesario adoptar y conocer estrategias para superar estas situaciones⁽¹⁴⁾. En primer lugar, tenemos que tener en cuenta que el conflicto no debe ser considerado algo negativo. En cualquier relación interpersonal nos lo podemos encontrar. Es importante la forma de interpretar el conflicto, y lo que hacemos con él es lo que le convierte en constructivo o frustrante. Bien manejado, debe ser una oportunidad para potenciar nuestra autoestima y conseguir un logro.

Existen diferentes técnicas que nos pueden ayudar⁽¹⁵⁾:

- Disco rayado: repetir el propio punto de vista, una y otra vez, con tranquilidad. Ejemplo: *te entiendo, pero yo eso no lo hago... te entiendo, pero yo eso no lo hago...*
- Blanco de niebla: dar la razón al otro en lo que consideremos que puede haber de cierto, pero negándonos a entrar en mayores discusiones. Ejemplo: *sí, es posible que tengas razón.*
- Aplazamiento asertivo: aplazar la respuesta que vayamos a dar hasta que nos veamos más tranquilos y capaces de responder correctamente. Ejemplo: *mira, este es un tema problemático, si le parece mañana lo comentamos.*
- Procesamiento de cambio: no dejarse provocar en situaciones en las que vemos que no es necesario defenderse. Ejemplo: *mira, estamos muy cansados los dos y estamos empezando a sacar trapos sucios.*
- Ignorar: cuando nuestro paciente está fuera de sí, le decimos con un tono de voz amable y comprensivo que ahora no le podemos atender. Ejemplo: *me parece que estás muy enfadado, por lo que creo que es mejor hablar de eso más tarde.*
- Acuerdo asertivo: reconocemos el error, pero dejamos claro que se trata de un acuerdo. Ejemplo: *tienes razón, pero habitualmente no lo hago.*
- Mensajes "yo": dejamos claro que tenemos diferencias o desacuerdos pero sin culpabilizarle. Ejemplo: *yo me siento mal... si tú acudes tarde a la consulta (mis sentimientos) yo opino que... porque retraso la consulta (mis opiniones) y me gustaría que... la próxima vez vinieras a la hora (mis deseos y preferencias).*
- Pregunta: consiste en solicitar al receptor más información acerca de sus argumentos. Ejemplo: *¿qué es lo que te parece mal?*

Todas ellas tienen en común mantener nuestro estado emocional en calma y evitar responder con agresividad a la agresividad. En algunas ocasiones será necesario dar la

razón al paciente y reconocer el error, pero en otros casos habrá que reconducir la situación con alguna de estas técnicas. Siempre de forma respetuosa y dejando la sensación de que ambos hemos ganado algo.

BIBLIOGRAFÍA

- Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med*. 2010; 13: 25-31.
- Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003; 32: 110-7.
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J*. 2010; 10: 38-43.
- Ali AA. Communication skills training of undergraduates. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013; 23: 10-5.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. Doctor patient communication: Which skills are effective? *Rev Méd Chile*. 2010; 138: 1047-54.
- Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2006; 8: 137-43.
- Núñez Jiménez C, Vázquez Fernández ME. Habilidades de comunicación con las familias. En: AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 307-13.
- Lacasa Maseri A, Lacasa Maseri S, Ledesma Albarrán JM. ¿Quién acompaña a los pacientes a la consulta pediátrica?: El acompañante de los pacientes pediátricos en Atención Primaria. *Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14: 217-24.
- Braga ML, Tarantino MG. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109: 36-41.
- Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Cómo mejorar las habilidades de comunicación en la consulta. En AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2012*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 335-44.
- Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. Recursos para afrontar una consulta masificada. En: AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 433-42.
- Herreros B, García Casasola G, Pintor E, Sánchez A. Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos. *Rev Clín Esp*. 2010; 210: 404-9.
- Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Situaciones complicadas en la consulta de Pediatría. ¿Sabemos prevenirlas? ¿Tienen solución? En: AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 125-31.
- Gonçalves Estella F, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, et al. Síndrome de burn-out en el médico general. *Med General*. 2002; 43: 278-83.
- Vázquez Fernández ME, Núñez Jiménez C. Resolución de conflictos que surgen en las consultas. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2020; 13: 25-31.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Cornelius, H.; Faire, Sh. (1989). *Tú ganas, yo gano. Todos podemos ganar*. Móstoles: Gaia Ediciones. *Libro que ofrece herramientas a las personas para resolver los conflictos. Ayuda a ver el conflicto como una oportunidad creativa para resolverlo y conseguir energía.*
- Berckhan B. (2015). *Cómo defenderse de los ataques verbales*. Editorial RBA Libros. *Ante una agresión, la mayoría de nosotros nos quedamos atónitos o, como mucho, respondemos demasiado tarde. También solemos reaccionar de forma impulsiva y con una carga agresiva todavía mayor. A lo largo del libro, la autora nos descubre doce estrategias para enfrentarnos de forma inteligente a estas situaciones.*

Nota clínica

Asociación de dolor y masa abdominal en niños. Presentación de dos casos clínicos

M. HERNÁNDEZ CARBONELL, A.C. HERNÁNDEZ VILLARROEL, A.I. VALLADARES DÍAZ,
A. GARCÍA RODRÍGUEZ, M. CARRÓN BERMEJO

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

RESUMEN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Pediatría. La asociación de una masa abdominal palpable es un hallazgo relevante que nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente, siendo prioritario descartar malignidad u otras complicaciones como la compresión de órganos vitales. La mayoría de los casos se corresponden con procesos benignos, siendo más frecuente este hallazgo en niños menores de 5 años. A continuación, se describen dos casos clínicos cuyo síntoma inicial fue el dolor abdominal con el hallazgo casual de una masa abdominal y diagnóstico final de patologías importantes. El primer caso se trata de un varón de 3 años intervenido de forma urgente por cuadro de abdomen agudo, en cuya cirugía se encontró una masa abdominal llegando finalmente al diagnóstico de linfangioma quístico retroperitoneal. El segundo caso se trata de un varón de 9 años con dolor abdominal de larga evolución y aumento progresivo del mismo con hallazgo de masa palpable a la exploración física, que fue diagnosticado de linfoma de Burkitt.

Palabras clave: Dolor abdominal; Masa abdominal; Pediatría.

ABSTRACT

Abdominal pain is one of the most frequent reasons for a Paediatric consultation. The association of a palpable abdom-

inal mass is a relevant finding that forces us to preferentially carry out a complete examination, being a priority to rule out malignancy or other complications such as compression of vital organs. Most of the cases correspond to benign processes, being more frequent in children under 5 years of age. Two clinical cases of children whose initial symptom was abdominal pain with the finding of an abdominal mass and final diagnosis of serious pathologies are described below. The first case is a 3-year-old boy who underwent emergency surgery for acute abdomen, in whose surgery an abdominal mass was found and the diagnosis of retroperitoneal cystic lymphangioma was finally reached. The second case is a 9-year-old boy with long-standing, progressive increase in abdominal pain with a finding of a palpable abdominal mass on physical examination, who was diagnosed with Burkitt's lymphoma.

Key words: Abdominal pain; Abdominal mass; Paediatrics.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en los niños constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en asistencia primaria como hospitalaria. Son múltiples las causas que lo pueden originar, siendo muy importante una correcta anamnesis y exploración física detallada, prestando especial interés a los signos de alarma que nos puedan orientar en el

Correspondencia: Marina Hernández Carbonell. Calle Luis Erik Clavería neurólogo, s/n. 40002 Segovia
Correo electrónico: marinahernandez@hotmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

diagnóstico, la necesidad de exploraciones complementarias o atención urgente según el caso.

El hallazgo de una masa abdominal durante la valoración de un niño con dolor abdominal es algo relativamente frecuente en menores de 5 años; la mayoría de ellas, de etiología benigna, corresponden a organomegalias en el 57% de los casos⁽¹⁾, el resto se dividen en malformaciones congénitas o tumores. Sin embargo, a mayor edad mayor probabilidad de malignidad, por lo que ante el hallazgo de una masa abdominal es preciso realizar un estudio completo de forma preferente para poder definir de forma clara su etiología. La localización más frecuente de las masas de origen tumoral es retroperitoneal (90%), siendo en su mayoría derivadas del tracto urinario⁽²⁾. En algunos casos también se pueden presentar de forma asintomática, detectándose como un hallazgo casual por los propios padres durante el baño, durante una exploración física rutinaria, o de forma incidental durante la realización de pruebas de imagen por diferentes causas. En otros casos, puede estar asociada a síntomas inespecíficos como distensión abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, etc., o puede ir acompañada de sintomatología más específica, dependiendo de su localización, pudiendo originar cuadros de urgencia vital. Las posibilidades diagnósticas son muy amplias, pero se pueden orientar en función de la edad de presentación, sexo, localización de la masa y presencia de signos o síntomas asociados.

A continuación, se describen dos casos clínicos con hallazgo casual de masas abdominales en contexto de cuadros de dolor abdominal.

CASO CLÍNICO 1

Niño de 3 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de pocas horas de evolución y de localización difusa. A la exploración física se objetivan signos de irritación peritoneal, sin masas palpables. Se extrae analítica de sangre, sin hallazgos significativos, y se solicita ecografía abdominal, en la que se describe ectasia pielocalicial derecha y presencia de líquido libre intraperitoneal, sin visualizarse el apéndice cecal. Ante los hallazgos en la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, se decide realizar intervención quirúrgica urgente por sospecha de apendicitis aguda. En la cirugía inicial como hallazgo a destacar se describe la presencia de ileítis terminal y llama la atención la visualización directa de una marcada dilatación del uréter derecho con la palpación de una masa retroperitoneal. Se decide completar estudio

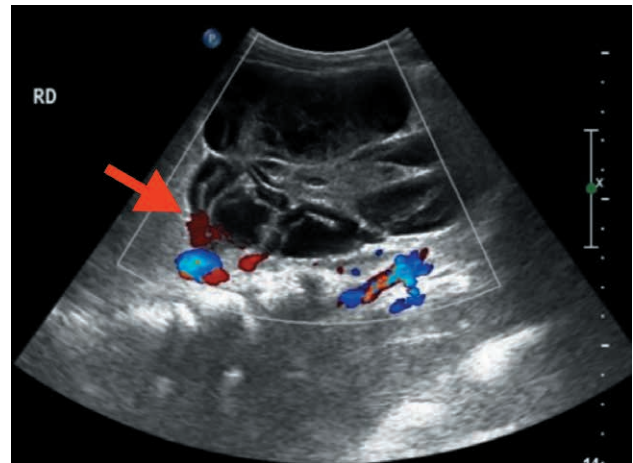


Figura 1. Masa heterogénea localizada en retroperitoneo, no vascularizada, que condiciona hidronefrosis derecha.

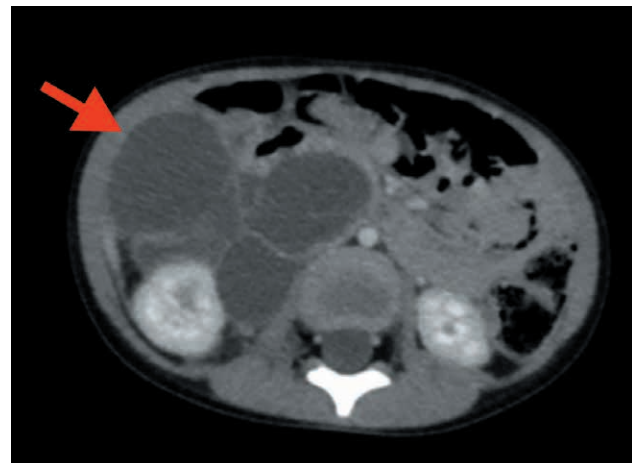


Figura 2. Lesión quística politabacada retroperitoneal en FD de 10,8 cm de diámetro que comprime uréter derecho de características no infiltrativas.

con ecografía abdominal de control (Fig. 1), en la cual se observa una masa heterogénea localizada en retroperitoneo que condiciona una hidronefrosis derecha, y TAC abdominal (Fig. 2), hallándose una lesión quística politabacada retroperitoneal en flanco derecho de 10,8 cm de diámetro mayor, que contacta de manera íntima con el riñón derecho, marco duodenal, cabeza pancreática, estructuras vasculares y uréter derecho al cual comprime, presentando características radiológicas no infiltrativas.

Con estos hallazgos, se planteó como primera opción diagnóstica la posibilidad de un linfangioma quístico retroperitoneal. Dentro del diagnóstico diferencial, se incluyeron

otras lesiones quísticas peritoneales (quiste mesotelial, leiomioma quístico, mesotelioma quístico...), descartándose la posibilidad de patología tumoral habitual de esa localización (neuroblastoma, tumores renales o teratomas quísticos) ya que no cumplía las características de imagen propias de los mismos.

El paciente fue derivado al centro de referencia (Hospital Clínico Universitario de Valladolid), donde se confirmó la sospecha diagnóstica inicial de linfangioma quístico retroperitoneal y se realizó la intervención quirúrgica para exéresis de la masa, con evolución postquirúrgica adecuada y sin presentar incidencias posteriores hasta el momento.

CASO CLÍNICO 2

Niño de 9 años que consulta con su pediatra de Atención Primaria por presentar dolor abdominal de unos 10 días de evolución, inespecífico, no focalizado y asociado a algún vómito aislado. Durante la primera evaluación la exploración abdominal no reveló hallazgos significativos, no se objetivaron datos de alarma, así como resto de exploración física normal, por lo que recibió el alta a domicilio. Consulta de nuevo a los pocos días por empeoramiento del dolor, con aumento significativo de la intensidad y focalización en zona epigástrica, acompañado de alteración del estado general, con hiporexia y pérdida de peso. A la exploración física se palpa zona engrosada en hipocondrio izquierdo, por lo que es derivado al hospital. En el Servicio de Urgencias se solicita ecografía abdominal (Fig. 3), en la que se visualiza una lesión de aspecto quístico, de pared gruesa, que presenta comunicación amplia con el estómago, hallazgos compatibles con posible quiste de duplicación gástrico complicado. Ante estos hallazgos y la posibilidad de sangrado, se decide completar estudio con TAC abdominal urgente (Fig. 4), donde se aprecia una cavidad de paredes engrosadas de 8 cm de diámetro mayor, en comunicación con la cámara gástrica, asociando adenopatías y afectación difusa de la grasa local. El resto de las pruebas complementarias realizadas resultaron normales.

Ante los hallazgos descritos en las pruebas complementarias se deriva al centro de referencia (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) para completar estudio, siendo diagnosticado de linfoma gástrico Burkitt estadio III clasificación Sant Jude. Realizan gastrectomía parcial tipo Billroth I e inician tratamiento quimioterápico según protocolo INTER-B-NHL 2010. Presenta buena evolución posterior, encontrándose actualmente en remisión completa.

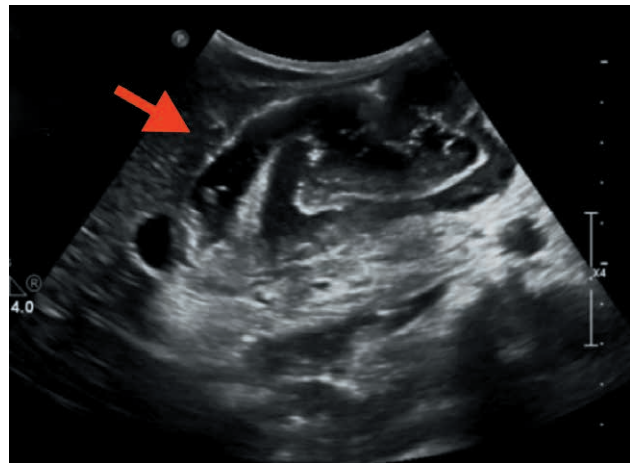


Figura 3. Doble cavidad en el interior del estómago. Posible quiste de duplicación gástrico complicado.

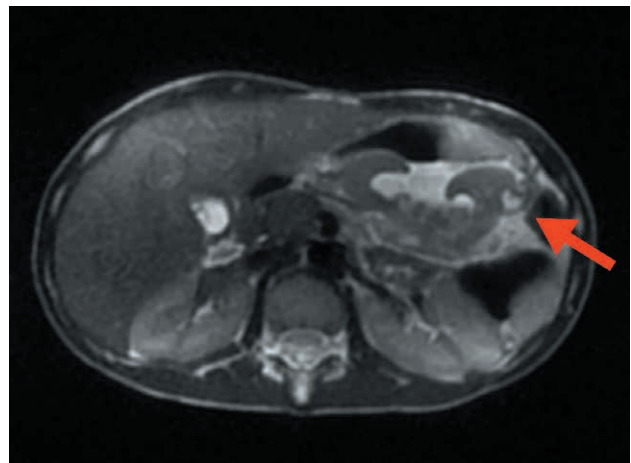


Figura 4. Cavidad engrosada 8 mm comunicada con la cavidad gástrica con afectación de grasa local.

DISCUSIÓN

El hallazgo de una masa abdominal asociada o no a dolor abdominal, ya sea de forma incidental por los padres, durante la exploración física o durante la realización de pruebas complementarias, nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente. La urgencia de este dependerá de los síntomas asociados y la forma de presentación, pudiendo en algunos casos presentarse con clínica de perforación u obstrucción intestinal, con cuadros de hemorragia intestinal o síndrome de lisis tumoral⁽⁸⁾.

El diagnóstico diferencial dependerá de la edad, la historia clínica, los síntomas asociados y los hallazgos en la explo-

ración física, sobre todo la localización^(9,3). En función de la edad, en el recién nacido suelen tener un origen benigno, siendo las más frecuentes las malformaciones genitourinarias y digestivas; en niños entre un mes y un año el 50% de las masas son malignas; en mayores de un año el 70% son tumores renales, neuroblastomas o tumores de Wilms; en niños mayores de 10 años aumenta la incidencia de sarcomas, tumores de células germinales y linfomas abdominales^(10,5).

En la anamnesis es imprescindible preguntar por antecedentes de traumatismos, tiempo de evolución, alteraciones del hábito intestinal o miccional, presencia de hematuria, melena, vómitos, náuseas y variaciones en el peso. La presencia o ausencia de estos antecedentes nos pueden ayudar a orientar la etiología y órgano de origen del tumor.

La exploración física debe ser detallada, realizándose la palpación abdominal con ambas manos, intentando definir las características de la masa (localización, tamaño, consistencia, movilidad, forma, dependencia, etc.). Deben registrarse las malformaciones asociadas (aniridia, hemihipertrofia, etc.) o la existencia de un fenotipo peculiar que pueda orientar a la presencia de síndromes con predisposición genética para el desarrollo de ciertos tumores^(9,8).

Los exámenes complementarios de primer nivel incluyen una analítica completa dirigida y pruebas de imagen, siendo la ecografía abdominal de primera elección, ya que nos permite identificar el tamaño, la extensión y la relación con estructuras vecinas, entre otras características. La radiografía abdominal puede ser útil en caso de una posible obstrucción o para localizar calcificaciones. La tomografía axial computarizada (TAC), los marcadores tumorales y los estudios citológicos, entre otros, son estudios de segundo nivel que permiten guiar la conducta más apropiada para llegar al diagnóstico definitivo y poder definir la conducta terapéutica a seguir, así como el pronóstico.

En el primer caso presentado el diagnóstico fue de linfangioma quístico retroperitoneal en un niño de 3 años con clínica de abdomen agudo. Se trata de un tumor benigno, poco frecuente, que aparece en un 90% de los casos en los dos primeros años de vida⁽¹²⁾. La etiología es desconocida, aunque la teoría más aceptada es la congénita. Muchas veces son asintomáticos y su diagnóstico es casi siempre casual, aunque también pueden comprimir estructuras vecinas, pudiendo producir complicaciones con síntomas como en este caso, que se presentó como un cuadro de abdomen agudo, pudiendo también producir cuadros de obstrucción ureteral, ictericia o anemia, entre otros. En el diagnóstico son fundamentales los estudios de imagen como la ecografía o la TAC, siendo también preciso en ocasiones realizar resonancia magnética nuclear o aspiración con aguja fina para precisar

el contenido de la lesión o ayudar a confirmar el diagnóstico preoperatorio. El tratamiento definitivo, a pesar de ser un tumor benigno, es la resección quirúrgica completa, incluyendo la afectación de los órganos adyacentes. La resección parcial puede tener riesgo de recidiva y malignización. En el diagnóstico diferencial es importante el estudio anatómopatológico, siendo preciso diferenciarlo de otros tumores quísticos retroperitoneales frecuentes en niños como el teratoma quístico benigno, los quistes de mesenterio y otras masas retroperitoneales^(12,13).

El segundo caso se trata de un niño de 9 años con dolor abdominal de varios días de evolución, con empeoramiento progresivo y palpación de masa abdominal durante la exploración física, con diagnóstico final de linfoma de Burkitt. En estos tumores es habitual su presentación como masa abdominal en niños entre 5 y 10 años, siendo frecuente su presentación clínica simulando un cuadro de apendicitis aguda o invaginación intestinal. En algunos casos localizados la resección quirúrgica es el tratamiento definitivo, precisando muy poca quimioterapia, como en este caso. Sin embargo, en ocasiones la afectación abdominal es difusa y masiva, afectando el mesenterio, el peritoneo, los riñones y ovarios⁽¹¹⁾. En los estadios I y II se consiguen tasas de curación del 95-98%, pero en estadios más avanzados se precisan tratamientos más largos y complejos, con tasas de supervivencia de casi un 90% en estadio III y casi un 85% en estadio IV.

Para concluir, podemos destacar que la exploración abdominal es de suma importancia en la valoración de los pacientes pediátricos. El hallazgo de cualquier masa abdominal, ya sea durante la valoración de un paciente con dolor abdominal o de forma casual bien por los propios padres durante el baño, durante una exploración física rutinaria o durante la realización de pruebas de imagen por diferentes causas, nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente. Conocer las causas más frecuentes por localización anatómica y edad nos ayuda a encaminar el diagnóstico diferencial y evitar retrasar los estudios complementarios necesarios, que nos permitirán realizar un diagnóstico definitivo y establecer la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico según el caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burgos ME, Conde F, Pabón N, Sánchez La Rosa C. El niño con masa abdominal. En: Series de Pediatría Garrahan: El niño con cáncer. 2017. p. 15-52.
2. Fernández Jiménez I, De Diego García EM, Trugeda Carrera MS, Sandoval González F. Masas abdominales en la infancia. Bol Pediatr. 2001; 41: 122-30.

3. Potisek NM, Antoon JW. Abdominal masses. *Pediatr Rev.* 2017; 38: 101-3.
4. Stevenson RJ. Abdominal masses. *Surg Clin North Am.* 1985; 65: 1481-504.
5. Golden CB, Feusner JH. Malignant abdominal masses in children: quick guide to evaluation and diagnosis. *Pediatr Clin North Am.* 2002; 49: 1369-92.
6. Ramos R, Rodríguez-Luis JC, Gómez J, Domínguez M, Pérez R. Actitud diagnóstica ante una masa abdominal en la infancia. *Canarias Pediátrica.* 2000; 24: 57-64.
7. Álvarez AM, Alfaro J, Pineda G. Tumores de abdomen y pelvis en el niño. *Pediatr Integral.* 1995; I: 51-8.
8. Mateos González ME. Enfoque diagnóstico ante una masa tumoral. *Vox Paediatr.* 2019; 26: 50-3.
9. Huerta Aragonés J. Oncología para el pediatra de Atención Primaria (I): signos y síntomas sugerentes de patología neoplásica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2014; 7: 4-15
10. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, DC: OPS, 2014.
11. Sánchez de Toledo Codina J, Sábado Álvarez C. Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatr Integral.* 2012; XVI: 463-74
12. Fernández Pérez J, Morán Penco JM, Pimentel JJ, Sanjuan Rodríguez S. Linfangioma quístico retroperitoneal en la infancia. *Cir Pediatr.* 2001; 14: 41-3
13. Mata Fernández C. Linfoma de Burkitt: el tumor pediátrico más frecuente en África. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66: 322-6.

Carta al Director

Reflexiones en una consulta de Atención Primaria en tiempos de pandemia

M.Á. SUÁREZ RODRÍGUEZ

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Palomera. León.

El día 14 de marzo de 2020, *día horrible* en el calendario de *Alicia en el país de las maravillas*, se declaró en nuestro país el estado de alarma "sanitaria" por la pandemia que conocemos como Covid-19. Empezamos entonces en el Centro de Salud una andadura en el manejo de la clínica pediátrica de forma un tanto... peculiar. El teléfono pasó a sustituir al fonendo, otoscopio y depresor lingual de forma brusca y sin mayores discusiones. Los primeros días, algún paciente que no entendía la trascendencia del estado de alarma se acercó al centro porque el niño tenía tos de escasa evolución. Ninguna otra clínica más. La cara espantada del cuidador al ver el desierto en el que se había convertido el centro y el embozamiento de todo el personal con mascarilla, guantes, etc., reflejaban el estado de *shock* en el que se había sumido la sociedad de un día para otro.

Siguieron días de aceptación, o al menos eso queríamos todos, y la consulta empezó a funcionar como una central de asistencia telefónica. Nos convertimos en la voz al otro lado de la línea, intentando comprender la situación clínica de los pacientes a través de la descripción e impresión de los padres. Y así empezamos a comprobar, de forma quizá menos sorprendente de lo que cabría esperar, que los pacientes dejaron de citarse de forma sistemática por procesos banales, y aquellos que lo hacían manejaban perfectamente estos episodios sin más valoración que el propio sentido común del cuidador. Algunos casos requerían valoración presencial única, con evolución favorable

y sin precisar nuevas visitas al centro. Parecía que todo el mundo aceptaba de forma más que resignada el nuevo escenario y se protegían.

El no exponerse a factores ambientales de riesgo (cole, guardería, la calle misma...) y la presencia de los cuidadores en el hogar ha sido un bálsamo sanitario en el mundo de la infancia. Quizá en el terreno educativo se ha convertido en un pequeño cataclismo. Estamos a la espera de lo que en próximos días nos deparará este devenir social de aislamiento.

De momento, estamos percibiendo algunas enseñanzas para no olvidar: los procesos banales en el niño lo son, con y sin aislamiento, y el cuidado de la familia es sin duda el mejor tratamiento, mostrándose menos necesaria la valoración médica tal y como la entendemos. El paternalismo sanitario puede perjudicar si la consulta al pediatra sustituye el criterio juicioso y el cuidado de la familia. Algo fundamental, pero parece que olvidado en nuestra rutina de consulta y en la de los hogares, es la higiene a mantener en cualquier proceso infecto-contagioso.

Creo no equivocarme si digo que habíamos dejado en el cajón del buen hacer el lavado rutinario de manos, la limpieza en los materiales de consulta y algo que produce mucha desazón, como el hacinamiento de niños sanos y enfermos en la misma sala, pegados codo con codo. Y esto que ahora se nos exige como medida de contención juiciosa, debe quedar entre nosotros como hábito en el quehacer ordinario.

Correspondencia: M^a Ángeles Suárez Rodríguez León. Centro de Salud La Palomera. Calle Velázquez, 5, portal 9-8^a. 24005 León.

Correo electrónico: masuarez@saludcastillayleon.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

No sabemos lo que el futuro nos deparará, pero tenemos claro que el presente que hemos vivido, y que aún vivimos, nos recuerda que la prevención en el nivel primario es algo más que fundamental. Y aunque el Covid-19 ha dejado una huella desoladora, debemos reconocer el alivio que ha supuesto para la pediatría en general que la afectación de los menores no haya tenido las consecuencias dramáticas vistas en la población adulta. Pero la confianza debe domesticarse en los próximos meses. Toca recordar lo aprendido y seguir protegiéndonos y protegiendo a los pacientes y sus cuidadores, que sin duda llenarán de nuevo nuestros centros de salud. ¿Seguiremos igual? No deberíamos. Depende

de nuestros gestores, y de nosotros mismos, el establecer medidas de contención en nuestra asistencia. Cada centro y cada profesional actuará de forma adaptada a sus necesidades, pero habrá que evitar el hacinamiento en los centros y la consecuente mezcla de patología infectocontagiosa que convierta al centro de salud en un pulverizador de patógenos nada banales a los hogares y a las calles. Cualquier tiempo pasado fue mejor, decía nuestro poeta Jorge Manrique tras la muerte de su padre. Nos gustaría que así fuera, pero... lo vivido no quiere darle la razón al poeta. Esperemos que en el futuro próximo de nuestro país miremos atrás solo para afianzar los pasos que daremos hacia delante.

Carta al Director

A ellas

A. IBÁÑEZ FERNÁNDEZ

Pediatra. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Mucho antes de que el mundo hablase de paridad, de hora de lactancia, de embarazo de riesgo o de piel con piel, el mundo de la Pediatría, al menos de mi Pediatría, estaba lleno de mujeres increíbles. Ellas hicieron de mi trabajo de hoy y del de mis compañeras un sitio mejor. Su legado, poco reconocido y enorme, es el motivo de estas líneas.

A ella, humilde, discreta, trabajadora, puntual y cumplidora. A ella, viajera, pionera, amiga con mente abierta y alma generosa. A ella que me enseñó a no conformarme en las cosas importantes, sobre todo cuando de amor se trata. A ella, con la luz que da el crecer en una familia increíble. A ella.

A ella, madre de familia numerosa, esposa ejemplar, luchadora incansable y sabia, sobre todo muy sabia. Políticamente incorrecta, brillante, generosa, ocurrente gurú, curandera y pediatra de todos. A ella, protagonista de historias que aún dan que hablar en la sobremesa de guardias tranquilas. A ella, que me enseñó a calcular a ojo del suyo y a mirar más allá y con detalle. A ella.

A ella, buena, lista y guapísima por fuera y aún más por dentro. A ella, eternamente joven, con esa juventud que solo da la verdadera humildad y el querer aprender cada día.

A ella, que me enseñó que la bondad y la inteligencia van de la mano, que dejar ganar a otros no siempre es una derrota y que la clase es un bien realmente escaso. A ella.

A ella, leal como nadie, inconformista, gritona, polémica, lista y buenísima. A ella, compañera ejemplar, amiga del alma y madre coraje. Madre coraje y en mayúsculas, con todo y todos en contra, aún ahora, mil años después. A ella, que me enseñó que la incondicionalidad puede existir más allá de la familia. A ella, que me dijo una mañana muy negra “*Esto también pasará*” y pasó. A ella.

A ella, la más lista de su casa y también de su clase. A ella, que renunció a sus sueños con una sonrisa. A ella, que educó a sus hijos en la igualdad y animó a sus hijas a no rendirse nunca. A ella, hija, hermana, esposa, amiga, madre y abuela ejemplar. A ella, la primera llamada cuando algo pasa y la última de cada día. A ella.

A ellas y en su nombre a todas las Carmen, Lucía, Julia, Loli, Conchita... y a todas las increíbles mujeres que en la Pediatría y en el mundo hicieron historia.

La Pediatría, mi Pediatría y yo estamos en deuda con vosotras para siempre.

Gracias por tanto.

Correspondencia: Dra. Aleida Ibáñez Fernández. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.
Correo electrónico: maleidaib@hotmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

In memoriam

Don Valentín Salazar Alonso-Villalobos

F. LORENTE, D. FERNÁNDEZ Y T. CARBAJOSA

La semana pasada falleció en Salamanca el profesor don Valentín Salazar Alonso-Villalobos, persona muy vinculada desde 1960 como miembro activo a la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla León, y Presidente de la misma desde diciembre de 1979 a 1983.

Don Valentín, vallisoletano, se licencia en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, en la década de los 50, orientándose hacia la pediatría en la Cátedra de Pediatría y Puericultura, donde es titular el profesor don Evelio Salazar García, su padre.

Recién licenciado en Medicina y Cirugía, don Valentín Salazar Alonso-Villalobos forma parte de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, en la Sección de Médicos Jóvenes.

En 1963 obtiene el título de Médico Puericultor del Estado.

Tras doctorarse consigue una plaza de Profesor Adjunto de Pediatría y Puericultura en la Facultad de Medicina de Valladolid, y la Jefatura del Servicio de Pediatría de la Residencia de la Seguridad Social de Valladolid.

En diciembre de 1972 obtiene por oposición la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de Salamanca, incorporándose a la misma en febrero de 1973 y hasta su jubilación en el año 2004. Posteriormente fue nombrado Profesor Emérito.

Durante todo este tiempo, además de Catedrático de Pediatría fue Director del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, de la Universidad de Salamanca, desde la creación de los Departamentos hasta 2004.



A nivel asistencial, don Valentín fue, desde su llegada a Salamanca, Jefe del Departamento de Pediatría y Director del Hospital Pediátrico Guillermo Arce, y desde 1975 del Hospital Clínico de Salamanca. También Médico Consultor del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca.

Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Salamanca desde su fundación.

Cabría destacar que durante la dilatada vida profesional y laboral que tuvo en Salamanca fue un claro defensor e impulsor de las especialidades pediátricas, animando y facilitando que se formaran grupos dedicados a determinadas patologías pediátricas, logrando que gracias a él

el Hospital Universitario de Salamanca sea hoy uno de los grandes hospitales de Castilla y León con mayor número de especialidades pediátricas.

El aspecto humano de don Valentín, sus aficiones, inquietudes, sus relaciones humanas con los compañeros y con todo tipo de personas que lo tratamos, quedan ampliamente reflejados en los escritos de la Dra. Dorita Fernández y la Dra. Teresa Carbajosa, que reproducimos a continuación.

Descanse en paz.

Félix Lorente

Salamanca, 26 de mayo de 2020

ADIÓS A UN HOMBRE BUENO

Querido don Valentín, hace unos días te has ido silenciosamente, como era tu estilo de vida, sin ruidos ni quejas, y nos has dejado sin parte de nuestras vidas, aquellas que eran jóvenes cuando llegaste a ocupar la Cátedra de Pediatría, hace ya 47 años, y que envejecimos a tu lado viendo pasar el tiempo.

Para todos era una importante aventura, pero éramos jóvenes y tú también. Venías con ideas claras y rodeado de una buena imagen, inteligente, estudioso, apacible y valorando el trabajo en equipo y la buena armonía del Servicio.

Así fue cambiando la estructura de la Pediatría, favoreciendo siempre el desarrollo de las subespecialidades, la formación en otros centros y el intercambio de conocimientos.

También teníamos tiempo para la convivencia, todos atentos a nuestras vidas personales, compartiendo felicidad y dolor. Tú siempre estabas allí para consolar.

Has pasado malos ratos que acortaron tu calidad de vida, tus sueños y tus ganas. Pero superaste con valentía esos nubarrones y, apoyados unos en otros, conseguimos caminar hacia adelante, solo con el ansia de mejorar y conseguir la mejor atención para nuestros pacientes pediátricos.

Todavía te esperaba otra prueba difícil, en la que también fuiste un gran maestro. La atención y el cariño que entregaste a tu esposa Raquel durante su dura y larga enfermedad. Un ejemplo para todos.

Querido "Jefe", como te llamábamos, descansa en paz, aquí la felicidad se marchita muy pronto. Seguro que donde estés ahora habrá armonía y equilibrio y serás feliz.

Nosotros seguiremos aquí soñando y recordando lo que fuimos y ya no somos.

Dorita Fernández

Salamanca, 28 de mayo de 2020

Durante el confinamiento falleció el profesor don Valentín Salazar Alonso-Villalobos y apenas pudimos decirle adiós. Hoy quiero dedicarle este breve recuerdo.

Para sus colaboradores no fue el profesor Salazar, fue don Valentín o El Jefe, nombres ambos indicativos de confianza y afecto.

Don Valentín fue un hombre sencillo, afectuoso, accesible a todo el mundo (tenía amigos en todos los estamentos del hospital), culto y un gran conversador. Gustaba de compartir un café, que por cierto removía en sentido contrario que los demás, de las excursiones en las que participábamos todo el Servicio con nuestras respectivas familias, de las marchas a pie o en bici...

Mi vida profesional transcurrió con él. Llegó a Salamanca a ocupar la Cátedra de Pediatría y la Jefatura de dicho Servicio cuando yo aún no había terminado mis estudios de Medicina, pero como alumna interna de Pediatría siempre me incluyó dentro de él. Posteriormente, después de realizar el MIR, me dirigió hacia la Neonatología y años más tarde me "obligó" a implicarme en la docencia del postgrado, y han sido dos líneas de trabajo en las que he desarrollado mi actividad y con las que he disfrutado.

Fue un jefe respetuoso con el trabajo y las inquietudes de los miembros del equipo, nunca nos forzó a obtener logros competitivos, siempre nos dejó que cada uno/a de nosotros/as fuese a su paso, desarrollando nuestras ideas, aumentando nuestra formación y competencias, y así se formó a su alrededor un excelente equipo de profesionales comprometidos que pusieron en marcha todas las especialidades pediátricas y llevaron al Servicio de Pediatría a ser centro de referencia a nivel autonómico y a ser reconocido a nivel nacional e internacional.

¡¡¡Gracias, don Valentín!!!

Adiós, Jefe, con todo mi cariño.

Teresa Carbajosa

Salamanca, 28 de mayo de 2020

In memoriam

Jovino Baizán, modelo de pediatra

V. MARTÍNEZ SUÁREZ

*Pediatra. Centro de Salud El Llano (Gijón).
Expresidente de la SCCALP*

Este mes de septiembre se cumplen 25 años de mi llegada como pediatra a Gijón. La vida corre rápido y con ella la muerte llega imparable. Jovino Baizán fue uno de los primeros compañeros de la ciudad a los que empecé a tratar. Tuve una visión privilegiada de su capacidad profesional y del agradecimiento que allí le guardaban muchas familias, ya que mi cupo de niños en El Llano procedía del ambulatorio Puerta de La Villa, parte de él y parte del doctor Frutos. Bondad, competencia, compromiso, generosidad, simpatía y compañerismo son algunas de las palabras que me trae su recuerdo. Rápidamente me hizo notar que era un hombre sensible y educado, ejemplo de los valores sobre los que construyó su vida entera. Cada día se sabía que se acercaba a la consulta porque puntualmente se le sentía llegar silbando, desentendido y alegre. Luego se esforzaba por lograr la confianza de los niños y solucionar las preocupaciones de sus padres.

Tal como contaba al jubilarse, estaba orgulloso de sus orígenes y agradecido de sus padres, Dionisio y Alicia, que hace ochenta y cinco años lo trajeron al mundo en una panera y con gran sacrificio le ayudaron a vivir; de sus hermanos, de su maestro de escuela, de su esposa, de sus hijos y de su pueblo, Collanzo de Aller, donde le quieren y lo recordarán siempre.



El doctor Baizán, “abuelo médico” de muchos gijoneses, había estudiado la carrera en Salamanca y se especializó en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Perteneció a una generación de médicos providencial, que supo asimilar los rápidos avances técnicos y cambió las expectativas de vida de muchos miles de personas. Ha sido uno de los pediatras importantes de nuestra región y parte de la mejor historia médica de Gijón. Fue en todo un modelo inolvidable. En los últimos años, su hijo, también pediatra, me servía para enviarle mi afecto y amistad. Personalmente he sentido mucho su fallecimiento.

Correspondencia: Dr. Venancio Martínez Suárez. Centro de Salud El Llano (Gijón).
Correo electrónico: martinezvenancio@uniovi.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Noticario



Fundación Ernesto Sánchez Villares
Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ESV 2019

FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Concesión de ayudas a la investigación para proyectos en el área de Pediatría. Promoción de la investigación clínico-epidemiológica en el ámbito de la Pediatría SCCALP.

Se financiaron los siguientes proyectos:

- Proyecto 01/2019: "Análisis de la cinética de la carga viral y aclaramiento de virus de la gripe y su correlación clínica en pacientes pediátricos con manejo ambulatorio *vs* hospitalizados". Concedida a la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León.
- Proyecto 02/2019: "Análisis de la aplicación de un nuevo protocolo de decisión e interpretación clínica de los resultados obtenidos por el fotorrefractómetro PluOptiX en Pediatría de Atención Primaria". Concedida a la Fundación Parque Científico Universidad de Valladolid.
- Proyecto 03/2019: "Validación al español del cuestionario DISABKIDS para niños con diabetes mellitus tipo I". Concedido a Pablo Alonso Rubio.

ORGANIZACIÓN CURSO DE EXCELENCIA

Puesta al día en conocimientos de Pediatría, comunicación y difusión del conocimiento científico pediátrico. Durante el año 2019 se llevó a cabo el XXII *Curso de Excelencia en Pediatría. Gastroenterología Pediátrica*, realizado en Salamanca (Castilla y León) los días 22 y 23 de febrero de 2019.

ORGANIZACIÓN CURSO DE DISEÑO Y ANÁLISIS EN LA INVESTIGACIÓN

Este curso estaba acreditado con 5,24 créditos. Durante el año 2019 se llevó a cabo en Zamora (Castilla y León), teniendo lugar la parte presencial los días 1 y 2 de marzo de 2019 y contando con 28 alumnos. Se financió parcialmente la inscripción de socios de la SCCALP.

BECAS AYUDAS MIR PEDIATRÍA

Concesión de becas para la inscripción en los cursos de "Manejo avanzado del politraumatismo infantil". Se becaron 16 alumnos.

PREMIO JOSÉ DÍEZ RUMAYOR

Patrocinio del Premio José Díez Rumayor, concedido a la mejor publicación del *Boletín de Pediatría* durante el año 2018 y convocado por la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León.

REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP

Colaboración en la Reunión de Primavera de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SCCALP), con el fin de poner al día conocimientos en pedia-

tría, comunicación y difusión del conocimiento científico pediátrico.

Durante el ejercicio 2019 la Reunión de Primavera se desarrolló los días 5 y 6 de abril en Valladolid (Castilla y León).