PEDIÁTRICA

Acta Pediatr Esp. 2019; 77(1-2): e39-e41

Coordinación:
Dra. María José Galiano Segovia
Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Escoliosis idiopática en adolescentes: preguntas frecuentes que debe responder el médico de atención primaria

Adolescent idiopathic scoliosis for the primary care physician: frequently asked questions

Ghanem I, Zizkallah M. Cur Opin Pediatr. 2019; 31: 48-53.

Resumen

La escoliosis es una deformidad tridimensional de la columna vertebral. El tipo más frecuente es la escoliosis idiopática de la adolescencia (EIA), que se desarrolla en niños por lo demás sanos, y con más frecuencia en niñas alrededor de la pubertad. Los estudios epidemiológicos muestran que alrededor del 2-4% de la población de riesgo (niñas de 10-16 años de edad) desarrollará algún grado de curvatura de la columna.

Se han llevado a cabo muchos estudios para intentar determinar qué factores influyen en su desarrollo, incluidos los factores genéticos, ambientales y biomecánicos.

Existe un gran interés social respecto a la EIA, ya que es una enfermedad frecuente y se percibe como una causa de deterioro de la calidad de vida. La mayoría de los padres tienen muchas preguntas sin respuesta, miedos y creencias en relación con la EIA y sus posibles tratamientos.

Comentario

Los autores del presente artículo realizan una revisión de las publicaciones recientes sobre la EIA, los factores asociados y su repercusión en la vida adulta, y llegan a diversas conclusiones.

En cuanto al impacto de las carteras escolares y la sobrecarga de peso, estos autores no han observado ninguna evidencia científica de asociación con el desarrollo de escoliosis; sin embargo, consideran que los pacientes diagnosticados de EIA deberían cargar la mochila de forma simétrica (sujetándola con las dos asas a la espalda) y evitar que la carga exceda el 10% de su peso corporal, según un consenso europeo, o el 20% según la Academia Americana de Pediatría.

No se ha encontrado ninguna relación entre la realización de ejercicio sistemático en general y el desarrollo de EIA, aunque se ha observado que la natación de competición y el *ballet* clásico, especialmente si se ha iniciado antes de los 7 años de edad, están asociados con una mayor frecuencia de EIA.

La EIA es más frecuente entre la población femenina (la padece un 85% más de mujeres que de hombres). Los padres de las pacientes con EIA muestran cierta preocupación por la posible futura repercusión conyugal y reproductiva de sus hijas. No se han observado diferencias en las tasas de nupcialidad entre las mujeres con EIA y las de grupos control, ni entre las tratadas quirúrgicamente o con corsés, aunque algunos estudios sí reflejan cierta limitación en la actividad sexual por problemas de espalda en pacientes con EIA, independientemente del tratamiento que hubieran seguido. Las limitaciones se debían a la dificultad en la participación en actividades físicas más vigorosas o a un acomplejamiento por el aspecto físico, más que por dolor.

En cuanto a los embarazos, aunque no se aprecian diferencias significativas, parece que existe una tendencia a incrementarse la nuliparidad en las mujeres con EIA. También se ha observado una tasa más elevada de necesidad de tratamientos de fertilidad en las pacientes con EIA, pero no se encuentran diferencias respecto a la edad gestacional. Aunque en las pacientes con EIA se refirió cierto incremento del dolor en la parte baja de la espalda durante el embarazo, éste no fue significativo. En algunas mujeres se detecta un ligero incremento de la curva escoliótica durante el embarazo, pero sin repercusión clínica.

Aunque se había publicado que existía una tasa de fallos en la anestesia epidural superior en mujeres con EIA tratadas quirúrgicamente, en recientes estudios se aprecia un incremento del éxito de la epidural en estas pacientes. Se ha encontrado una tasa de cesáreas similar tanto en las mujeres afectadas de EIA como en los grupos control, aunque en las pacientes con EIA que habían sido intervenidas, el parto vaginal tuvo que ser instrumentado en un mayor número de casos. Las complicaciones perinatales son similares tanto en las pacientes con EIA como en los grupos control.

Otro aspecto que cabe tratar es la relación entre la EIA y la calidad de vida de estos pacientes. Las evidencias disponibles muestran que los adultos con una EIA tienen una actividad física similar a los controles, aunque algo menor en los que han sido tratados quirúrgicamente. De todas formas, en uno de los estudios revisados por los autores del presente artículo se ha observado que cuanto más caudal sea la fusión de las vértebras en el tratamiento quirúrgico, más se ve afectada la calidad de vida. En cualquier caso, los adultos con EIA, tanto si han sido tratados como si no, tienen una buena calidad de vida.

No se ha encontrado ninguna evidencia científica de asociación entre el uso de las mochilas escolares y el desarrollo de escoliosis; sin embargo, se aconseja que los pacientes diagnosticados de EIA lleven las mochilas sobre la espalda de forma simétrica y que la carga no exceda el 10-20% del peso del paciente.

No se aprecia ninguna relación entre la realización de ejercicio físico en general y el desarrollo de EIA, pero si se practica natación de competición o *ballet* clásico, especialmente si se inicia antes de los 7 años de edad, se observa una mayor frecuencia de EIA.

En las mujeres diagnosticadas de EIA se describe cierta limitación en la actividad sexual y una mayor necesidad de tratamientos por infertilidad. No se encuentran diferencias en cuanto a la edad gestacional, las complicaciones perinatales o la tasa de cesáreas en relación con los grupos control.

Los adultos con EIA tienen una actividad física similar a los controles, aunque algo menor en los tratados quirúrgicamente. En cualquier caso, tienen una buena calidad de vida.

Lo que aporta este estudio:
En este artículo los autores realizan una revisión de las publicaciones recientes sobre EIA, con el objetivo de aportar a los médicos de atención primaria evidencias científicas para responder a las preguntas más frecuentes de los padres. Aclaran así las dudas que se plantean sobre la relación de la EIA con las mochilas escolares, el ejercicio físico, su repercusión en la salud reproductiva de la mujer, y el pronóstico y la calidad de vida en la edad adulta.

C. Esteve Cornejo
Pediatra. Cínica Universidad de Navarra. Madrid

Disciplina eficaz para criar niños sanos

Effective discipline to raise healthy children

Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.
Sege RD, Siegel BS. Pediatrics. 2018; 142(6): e20183112.

Los padres piden consejo a los pediatras cada vez con más frecuencia sobre cómo educar a sus hijos con disciplina.

En 1989, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño pidió a todos los estados miembros que prohibieran el castigo corporal e instituyeran programas educativos basados en una autoridad positiva.

El desarrollo normal de los niños requiere el compromiso activo de los adultos, quienes, entre otras funciones, deben enseñarles un comportamiento aceptable. Por ello, el empleo de estrategias de disciplina efectiva, adecuadas a la edad del niño y a su desarrollo, le ayuda a regular su propio comportamiento, a protegerlo de peligros y a desarrollar habilidades para alcanzar un buen desarrollo cognitivo y socioemocional. Por tanto, es recomendable que en la consulta del pediatra se comente qué tipo de elementos de autoridad se emplean para educar a los hijos.

Uso del castigo corporal

En un estudio realizado en Estados Unidos, en 2004, se constató que la mayoría de los padres usaba una estrategia de disciplina verbal antes del castigo corporal, pero sólo transcurría una media de 30 segundos antes de recurrir al castigo físico, lo que sugiere que la respuesta era impulsiva. Los resultados del castigo físico eran transitorios: antes de los 10 minutos, la mayoría de los niños (73%) había reanudado el mismo comportamiento por el cual habían sido castigados.

La evidencia obtenida de otro estudio de cohortes longitudinal sugería que el castigo corporal de los niños se asociaba con comportamientos posteriores agresivos. El estudio se basaba en una cohorte de aproximadamente 5.000 niños de 20 grandes ciudades norteamericanas nacidos entre 1998 y 2000; los datos se recogían al nacimiento y a los 1, 3, 5 y 9 años de edad. Los niños más pequeños que eran azotados más de 2 veces por mes antes de los 3 años eran más agresivos a la edad de 5 años. Un metaanálisis posterior demostró que no se obtenía ningún beneficio a largo plazo del castigo físico, y concluía que cuanto más se azotaba a los niños, peor comportamiento mostraban, lo que a su vez llevaba a un nuevo castigo físico (espiral negativa compleja).

Los niños de orfanatos que experimentaron abusos o negligencias durante su estancia en ellos pueden mostrar comportamientos desafiantes, que se ponen de manifiesto en las familias de acogida. Existen programas para ayudar a los padres adoptivos en la educación de estos niños.

Un castigo corporal repetido puede afectar negativamente a las relaciones parentales. También se asocia a un riesgo aumentado en los niños de desarrollar alteraciones en la salud mental y problemas cognitivos.

El riesgo de castigo físico aumenta en las familias que están pasando por situaciones estresantes, como problemas económicos, problemas de salud mental, violencia de pareja o abuso. Los padres depresivos tienen valoraciones más negativas del comportamiento del niño y, como consecuencia de ello, utilizan el castigo corporal más frecuentemente. También los padres que han pasado por algún trauma en su infancia usan disciplinas más severas ante comportamientos negativos de sus hijos, en un intento de prevenir futuros problemas de conducta.

El castigo corporal en niños menores de 18 meses aumenta la probabilidad de que se produzcan lesiones. Una historia continuada de castigo corporal se asocia con cambios en la anatomía del cerebro, que en la resonancia magnética se observa como una reducción del volumen de la sustancia gris cortical prefrontal.

Estrategias para promover disciplina efectiva

Los pediatras pueden ayudar a los padres proporcionando información acerca del desarrollo del niño y estrategias de crianza, en la que se debe evitar cualquier forma de castigo corporal, ya que ésta no es efectiva y aumenta su agresividad y enfado en lugar de enseñarle responsabilidad y autocontrol. Estas recomendaciones se pueden apoyar mediante material por escrito sobre educación parental o mostrando vídeos.

La Academia Americana de Pediatría facilita a los padres contenidos sobre cómo educar a los hijos de una forma ordenada mediante distintas iniciativas: «Healthychildren.org» en la web y su «Connected kids: safe, strong, secure and bright futures programs». Cada uno de estos recursos anima a los padres a usar refuerzos positivos como un medio fundamental para enseñar comportamientos aceptables a sus hijos.

Conclusiones

Los pediatras deben aconsejar a los padres sobre la educación de sus hijos y, al mismo tiempo, informarles sobre otros recursos a los que pueden acceder y animarles a utilizarlos. Deben informar sobre los riesgos del castigo corporal y su falta de eficacia para conseguir mejorar las conductas o comportamientos de sus hijos.

Lo que aporta este estudio:

Educar a un niño no es tarea fácil. Educar a los niños en la responsabilidad y respeto requiere altas dosis de paciencia, pero, sobre todo, de cariño. Y el castigo físico nunca es una buena solución, e incluso contribuye con frecuencia a empeorar la situación. La tarea del pediatra es velar por la salud del niño y favorecer que se desarrolle de una forma adecuada. Asesorar a los padres sobre las mejores herramientas para conseguir una educación responsable entra dentro de sus tareas.

M.J. Galiano Segovia
Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)