

ventrículo «izquierdo»: flecha horizontal en la figura 1A), bazo localizado en el hipocondrio derecho (flecha horizontal en la figura 1A y B), hígado en hipocondrio izquierdo (flecha horizontal en la figura 1A), así como cámara gástrica en el cuadrante superior derecho

del abdomen (fig. 1C), al tiempo que los vasos ilíacos presentaban una configuración normal. Todos estos hallazgos confirmaron la presencia de un *situs inversus totalis* incidental. El paciente fue hospitalizado hasta su estabilización hidroelectrolítica y buena tolerancia a la dieta blanda, con excelente evolución.

Además del examen médico sugerente y la radiografía de tórax, otras técnicas complementarias son necesarias para establecer el diagnóstico de *situs inversus totalis*³. Las exploraciones de medicina nuclear han demostrado su utilidad para este propósito⁴. El diagnóstico precoz de esta condición es importante, ya que el abordaje quirúrgico torácico y abdominal será muy específico. Además, determinadas enfermedades como apendicitis, hepatitis, rotura esplénica, colecistitis o infarto agudo de miocardio ocurrirán de forma atípica, se presentarán con signos y síntomas con una localización especular a la esperada⁵.

Referencias

1. Kumar A, Singh MK, Yadav N. Dextrocardia and asplenia in *situs inversus totalis* in a baby: A case report. *J Med Case Rep.* 2014;8:408.
2. Tabry IF, Calabrese J, Zammar H, Abou-Kasem K, Akeilan H, Gharbieh N, et al. Case report: Off-pump total myocardial revascularization for dextrocardia and *situs inversus*. *Heart Surg Forum.* 2001;4:251–3.
3. Juncos CM, Ros F, Maravall LIM, Álvarez-Pitti J. *Situs inversus totalis* - 2 case reports [Article in Spanish]. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85:344–50.
4. Kuźmińska D, Forgalski W, Król M, Toth Z. 2 cases of *situs viscerum inversus totalis* confirmed by scintigraphic examination [Article in Polish]. *Pol Arch Med Wewn.* 1967;39:845–8.
5. Khalil S, Kamal A, Ahmed S. Acute myocardial infarction in a patient with dextrocardia and *situs inversus*. *J Electrocardiol.* 2005;38:412–3.

Francisco Javier García Gómez*, Cinta Calvo Morón, Pablo Antonio de la Riva Pérez, Álvaro de Bonilla Damiá y Juan Castro Montaña

Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier191185@gmail.com
(F.J. García Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.001>

Posibilidad de despistaje y prevención de escoliosis en los colegios



Possibility of scoliosis screening and prevention in schools

Sr. Editor:

La escoliosis es uno de los problemas más frecuentes, tanto en niños como en adultos, que se presentan en la columna vertebral. En niños y adolescentes españoles, en el año 2010, la prevalencia de esta condición fue de 36,3%¹, por lo que se considera uno de los principales problemas en esta etapa. Su detección y tratamiento es de suma importancia ya que, de no realizarse, la deformidad puede seguir aumentando y causar tanto limitaciones en las actividades de la vida diaria como respiratorias. Las últimas se deben a la rotación vertebral, que hace que los músculos respiratorios no realicen una contracción adecuada y se vuelvan débiles; asimismo, afecta la capacidad de expansión de la caja torácica, lo que dificulta la inspiración y en un futuro la atrofia del pulmón del lado afectado. En Chile se ha estimado que de 74.000 a 111.000 niños entre 6 y 19 años presentan esta enfermedad². El ser de sexo femenino es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta condición, así como la edad, presencia de obesidad y postura inadecuada. Asimismo, se ha podido determinar que la forma en que se lleva

la mochila y el mobiliario escolar son los principales factores que predisponen a desarrollar escoliosis³.

Es por ello que es importante una intervención en esta población, ya que de esta manera se puede prevenir el desarrollo de escoliosis y/o evitar su progresión. El médico pediatra desempeña un papel importante, ya que es el primer profesional que realizará la detección de esta afección, ya sea mediante radiografías con el ángulo de Cobb o el test de Adams con escoliómetro. Según la gravedad se debe recomendar el tratamiento más adecuado, ya sea tratamiento fisioterapéutico para los casos leves, uso de un corsé para los casos moderados o la intervención quirúrgica para los casos severos. En ese sentido, se ha podido demostrar que el tratamiento fisioterapéutico a base de estiramientos y fortalecimiento de ciertos grupos musculares (por ejemplo paravertebrales, cuadrado lumbar, psoas, dorsal ancho, entre otros) como el método Schroth y la gimnasia abdominal hipopresiva son de gran ayuda para corregir la deformación, así como para prevenir su avance⁴. De la misma manera, es necesario realizar una evaluación postural para poder brindar recomendaciones sobre la forma de llevar la mochila y la postura correcta para sentarse.

Por lo mencionado anteriormente, es de suma importancia recomendar la realización de campañas de despistaje anuales en los colegios, las cuales se ejecutarían por un fisioterapeuta o un técnico entrenado utilizando el test de Adams junto a la valoración angular del escoliómetro. Esta forma de medición ha resultado ser la más efectiva para el cribado de escoliosis, con una sensibilidad del 64%⁵. De

esta manera se podría detectar la presencia de escoliosis y derivar al menor a un médico pediatra, el cual realizará la intervención oportunamente con la prescripción de un tratamiento, ya sea fisioterapéutico o quirúrgico, con el fin de evitar consecuencias graves para la salud y en la calidad de vida.

Referencias

1. Ortega FZ, Sánchez MF, García RF, Schyke CEJ, Morales LZ. Predictors of scoliosis in school-aged children. *Gac Méd Méx.* 2014;150:524–30.
2. Ministerio de Salud de Chile. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis en menores de 25 años. MINSAL. 2010;1:9.
3. Baroni MP, Sanchis GJ, de Assis SJ, et al. Factors associated with scoliosis in schoolchildren: A cross-sectional population-based study. *J Epidemiol.* 2015;25:212–20.
4. Rami-Colás C, Martín-Nogueras AM. Tratamiento de fisioterapia de la escoliosis idiopática: Schroth versus gimnasia abdominal hipopresiva. *Fisioterapia.* 2015 en prensa, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2015.01.002>.
5. Deurloo JA, Verkerk PH. To screen or not to screen for adolescent idiopathic scoliosis? A review of the literature. *Public Health.* 2015;129:1267–72.

Danai Eslava-Parra y Graciela Lazarte-Argandoña*

Escuela de Terapia Física, Universidad de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: graci.lazarte@gmail.com
(G. Lazarte-Argandoña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.09.005>

En palabras de usuario



In user words

Sr. Director:

No hay una palabra en nuestro idioma que denote nuestro estado; los padres de niños con alguna enfermedad, o incluso los padres que han perdido un hijo no encuentran una palabra que dé cuenta del cambio radical en sus mundos. Cuando te casas te conviertes en esposo o esposa, cuando nace un niño entras en el mundo de los padres o madres, o en ciertas ocasiones entras en el mundo de los divorciados, viudos, huérfanos o el que corresponda. No hay una palabra para nosotros, no encontramos el consuelo en un concepto que refleje socialmente nuestra mutación; el cambio de toda creencia y forma de vivir previa.

Luego de la cesárea de mis gemelas, realizada a las 32 semanas de gestación, recuerdo estar en la habitación, con la indicación médica de no conversar y escribirle a mi esposo «¿Cómo están las niñas?», ya sabía que estaban en la neonatología y que no podría verlas hasta el día siguiente. Le pregunte si tenían todos sus deditos, si se veían sanitas; efectivamente «se ven super bien». Al día siguiente entra el neonatólogo, yo estaba sola en ese momento; me dice «¿dónde está tu marido? Necesito conversar un asunto serio con los dos». El mundo de certezas destruido, ese fue el momento del quiebre, ese momento marca un antes y un después, no solo por lo torpe de la notificación, sino por todos los implícitos de la noticia. Una de nuestras hijas había nacido con una cardiopatía congénita, pequeñita de 1,6 kg, se veía tan frágil!, y ya se enfrentaba a al menos 3 cirugías cardíacas complejas en el corto plazo.

No es *natural* hablar de la «enfermedad» de los niños; ellos son nuestra esperanza de futuro, no es «correcto» que ellos nos evoquen la ansiedad de la muerte. El mundo de los padres va de la mano con el juego de la proyección, en qué colegio me gustaría que estudiará, qué proyección estudiará «cuando sea grande», le gustará jugar a la pelota como a su papá... Para nosotros es distinto, al comienzo nos da miedo

soñar con el futuro, solo sabemos que tenemos el presente y que hay que estrujarlo al máximo! Sin embargo, es imposible vivir sin esperanza del mañana, y después de un rato vuelves a soñar; recuerdo que durante el primer postoperatorio una de las enfermeras se acercó a darme las instrucciones para el alta, mi hija aún lactante exclusiva, pero la enfermera se adelantó a decirme que cuando empezara a comer papilla no usara sal y que, en general durante su vida, tratáramos de mantener una dieta sana, sin embargo, «cuando vaya a algún cumpleaños si se come una papa frita no va a ser grave». Esa inocente frase me permitió reaccionar, eso quería decir que podía haber futuro, que mi hija iba a ir a cumpleaños! Que nuestra vida no iba a ser el hospital! Desperté de la pesadilla con esa «intervención».

Las sincronías de la vida me han permitido durante los últimos años trabajar en una facultad de medicina entrenando a futuros profesionales de la salud en habilidades de comunicación con los usuarios, psicología de la salud, socio antropología y competencia cultural. Todos mis años de formación en estas materias no fueron de gran utilidad cuando me tocó a mi estar del lado del usuario viviendo la condición de salud de mi hija, sin embargo, esa experiencia de usuario y mi contacto con otros papás en las interminables horas que pasábamos juntos en la sala de espera, sí me han servido para nutrir mi práctica en docencia. Hay 3 elementos que en mi historia personal han sido vitales para vivir este proceso, y que tienen relación directa con el apoyo que recibí del equipo de salud: el permitirme el juego de la proyección, el acompañamiento *real* y el apoyo emocional.

Es prudente no dar esperanzas a las familias frente a diagnósticos graves o situaciones en las que es imposible asegurar el resultado, sin embargo, llega un momento en que el peso del presente desgasta y la familias necesitamos volver a soñar con un futuro, creer que nuestros hijos van a poder salir adelante, salirnos de la sintonía del lenguaje técnico de la saturación, el ventilador o la temperatura corporal. Sabemos que soñar con el futuro es un juego incluso para las familias que no tienen ninguna situación de salud con sus hijos —un niño sano puede morir ahogado en una piscina o por un accidente—, pero la estabilidad emocional