

sus familias de forma más directa y mucho antes del parto, objetivo muy difícil puesto que el seguimiento del programa de control del embarazo es también más irregular que en las no gitanas.

**M. Llanos de la Torre Quiralte^a,
C. Garijo Ayestarán^b, M.L. Poch Olivé^b
y J.A. Pérez Marrodán^b**

^aPediatra. Centro de Salud de Haro (La Rioja).

^bServicio de Pediatría. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballabriga A, Carrascosa A. Lactancia materna. En: Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid: Ediciones Ergón S.A., 1998; 33-78.
2. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F, Romero C, Vitoria JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
3. Álvarez G, Gallego MS, Díez-Delgado J, Morales JL, Huber LB, Femosel J. Estudio nutricional en la población infantil de raza gitana. Premio Nestlé Mariano Benavente sobre Nutrición Infantil, 1998.
4. De Amici D, Gasparoni A, Chirico G, Bogliolo O. The influence of race on breast feeding. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 413-415.
5. WHO. Protecting, promoting and supporting breast feeding. The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. Ginebra: WHO, 1989.
6. WHO/UNICEF. Baby friendly hospital initiative Part II. Hospital level implementation, WHO/UNICEF Guidelines. Ginebra y Nueva York: WHO and UNICEF, 1992.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
8. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. *Pediatrics* 1984; 74 (Supl 2): 667-694.
9. Baranowski T, Bee DE, Rassen DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N et al. Social support, social influence, ethnicity and the breast feeding decision. *Soc Sci and Med* 1983; 17: 1599-1611.
10. Victoria CG, Huttly SR, Barros FC, Vaughan JP. Breast feeding duration in consecutive offspring: a prospective study from southern Brazil. *Acta Pediatr* 1992; 81: 12-14.
11. Pande H, Unwin C, Haheim LL. Factors associated with the duration of breastfeeding: analysis of the primary and secondary responders to a self-completed questionnaire. *Acta Paediatr* 1997; 86: 173-177.

Infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 75-76)

Sr. Director:

Streptococcus pyogenes es un agente frecuente en distintos cuadros infecciosos, sobre todo en las enfermedades respiratorias, en la mayoría de los casos con una evolución benigna¹. En los últimos meses hemos objetivado un incremento importante de las infecciones invasivas por *S. pyogenes*, hecho recientemente descrito en otros países². Presentamos dos de los casos más relevantes.

Caso 1

Niña de 5 años previamente sana, quien 10 días antes de su ingreso comenzó a presentar un flujo vaginal verdoso. Cuatro días antes del ingreso presentaba lesiones perineales papulovesiculosas, de contenido claro. El día del ingreso tuvo fiebre de 39 °C y dolor localizado en la rodilla derecha con limitación para la deambulación. En la exploración clínica destacaba la presencia de moco verde en el *cavum*, lesiones papulovesiculosas en el periné y en los labios mayores y la rodilla derecha en posición antiálgica con calor y eritema; el resto de la exploración fue normal. Pruebas complementarias: hemograma con 12.000 leucocitos (94% N, 52,5% L y 1,6% M), hemoglobina de 12,2 g/dl; hematócrito del 37% y plaquetas de 260.000/μl; PCR 145 mg/ml y VSG: 78 ml primera hora. En el frotis vaginal y faríngeo y en el hemocultivo se aisló *S. pyogenes*. La resonancia magnética nuclear de rodilla derecha demostró la presencia de una osteomielitis femoral, absceso y miositis de partes blandas. Se inició tratamiento con penicilina G a altas dosis con mejoría progresiva, desapareciendo la fiebre a las 72 h, con disminución progresiva de los reactantes de fase aguda, iniciando el apoyo a los 12 días.

Caso 2

Niño de 12 años sin antecedentes de interés que presentó tos y rinorrea espesa purulenta, otalgia bilateral y fiebre elevada, comenzando en las últimas horas con vómitos alimentarios y mareo con sensación de giros de objetos a su alrededor. En la exploración física destacaba un nistagmo de grado II a la izquierda, orofaringe hiperémica con punteado purulento y en la otoscopia se objetivó la presencia de secreción purulenta bilateral más abundante en el oído derecho; el resto de la exploración fue normal. Pruebas complementarias: hemograma 15.830 leucocitos (85% N, 5% L y 9% M); hemoglobina 14,2 g/dl, hematócrito del 42%, plaquetas 330.000/μl; PCR 75 mg/dl, gasometría normal. Cultivo de exudado ótico: *S. pyogenes*. TAC de peñascos: otomastoiditis aguda bilateral. Se inició tratamiento con betalactámicos, mejorando el cuadro de laberintitis, con buena evolución posterior.

Las infecciones invasivas por *S. pyogenes* están descritas en niños como complicación de una infección habitualmente cutánea, en el contexto de una varicela, y en situación de inmunosupresión³.

En los últimos años se han descrito varios brotes de infecciones invasivas por *S. pyogenes* en niños sanos en distintas áreas geográficas⁴. Hasta el momento, no se ha definido claramente un tipo de *Streptococcus* en particular, responsable de estos cuadros clínicos, salvo en las formas graves de síndrome de shock tóxico⁵. En nuestra área sanitaria sí hemos objetivado un incremento importante de la incidencia de *S. pyogenes* en estos últimos meses en relación con otros años, lo que podría justificar estos casos de formas invasivas. Estos hechos nos deben poner en alerta, por su importancia desde el punto de vista clínico y epidemiológico y por la posibilidad de nuevos planteamientos en la estrategia terapéutica.

**B. García-Cuartero, L. Echeverría, T. Bracamonte,
A. González Vergaz, A. Maderuelo, J.M. Cea,
L.L. Carrasco y A. Arregui**
Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa.
Leganés. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrabadella P, Pedro Bonet ML, Xirgu J, Aremengol S, Catalán R. Infecciones invasivas por estreptococcus pyogenes. Cambios en sus características clínicas, nuevos aspectos fisiopatológicos y enfoque terapéutico actual. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994; 12: 505-510.
2. Moses AE, Ziv A, Harari M, Rahav G, Shapiro M, Englehard D. Increased incidence and severity of Streptococcus pyogenes bacteriemia in young children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 767-770.
3. Peterson CL, Vugin DJ, Meyers HB, Chacon SM, Voguth J, Larson J et al. Risk factor of invasive group A streptococcal infection in children with varicella. Case-control study. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 151-156.
4. Cockerill FR, MacDonald KL. An outbreak of invasive group A streptococcal disease associated with high carriage rates of invasive clone among school-age children. *JAMA* 1997; 277: 38-43.
5. Eriksson BK, Andersson J, Holm SE, Norgren M. Invasive Group A streptococcal infections: T1M1 isolates expressing pyrogenic exotoxins A and B in combination with selective lack of toxin-neutralizing antibodies are associated with increased risk of streptococcal toxic shock syndrome. *J Infect Dis* 1999; 180: 410-418.

Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas. No todo es cuestión de modas ni de medios

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 76-77)

Sr. Director:

En los últimos 100 años se ha producido una auténtica revolución en el mundo civilizado y España ha participado de ella. No olvidemos que en nuestro país la tasa de mortalidad infantil durante el primer año de vida, que en el año 1900 era del 290‰ nacidos vivos¹, se ha situado en el 6 o 7‰ en la actualidad². A comienzos del siglo, el 40% de los niños morían antes de cumplir los 5 años¹. La esperanza de vida al nacer se ha duplicado a lo largo de esta centuria, y la tasa de hijos por mujer en edad fértil se ha dividido por seis^{1,2}. Actualmente, en algunas comunidades autónomas españolas esta tasa es ya del 1,1².

Los avances sociales, tecnológicos, económicos, sanitarios y de otra índole han propiciado una indudable mejoría en el nivel y calidad de vida. Hay más igualdad entre los estamentos sociales con un reparto de la riqueza más solidario, menos injusto. Sin embargo, algunas de las transformaciones no han resultado totalmente beneficiosas para los seres más débiles e influenciados: niños, adolescentes y ancianos.

Durante las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio radical en formas y modos de vida que influyen decisivamente en la familia. El sector rural se ha despoblado y las ciudades han crecido desmesuradamente. La incorporación de la mujer al mundo laboral, derecho legítimo e incuestionable, ha modificado la estructura familiar. Los abuelos o familiares próximos ya no comparten techo, como antaño, con hijos y nietos, sin

participar tan activamente en el cuidado de éstos. El Mercado Común y la Unión Europea están influyendo en la sustitución de formas de vida tradicionales por otras. Los medios de comunicación, especialmente la televisión, y la entronización del ordenador en las viviendas, han cambiado los hábitos y generan formas distintas de comportamiento y de relación entre los miembros de la familia^{3,4}.

Han desaparecido unas enfermedades pero emergen otras. Entre ellas, los trastornos de la conducta alimentaria ocupan un lugar destacado. En España, la tasa de obesidad en la infancia y adolescencia afecta al 10% de la población⁵. La bulimia y la anorexia nerviosa afectan al 3% de los jóvenes⁵, y lo peor es que la prevalencia de estos procesos aumenta inexorablemente^{5,6}.

Ciertamente, en la génesis de estas dos últimas enfermedades, la moda, la televisión, determinados juguetes y las revistas influyen en la adquisición de unos hábitos nutritivos que pueden llegar a resultar suicidas. Pero responsabilizar exclusivamente a modas y a los medios de comunicación de estas graves enfermedades es no tener presente que la familia debería seguir siendo el centro educativo fundamental para los hijos.

Creemos que existen varios factores que influyen en las familias españolas actuales y que modifican su funcionamiento. Algunos de ellos son el aumento de la renta familiar, el trabajo simultáneo del padre y de la madre, las largas jornadas laborales y las grandes distancias entre la vivienda y el lugar del trabajo o la escuela. La consecuencia fundamental es el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos, que los primeros intentan compensar con bienes materiales. Los padres van delegando funciones antes intocables. Erróneamente se puede pensar que la educación corresponde a la escuela y a sus profesionales. Sin embargo, las pautas de comportamiento de los hijos deben transmitirlas los padres. Cerca del 40% de los escolares españoles realizan el desayuno, el almuerzo y la merienda en el propio centro escolar⁵. La educación en la comida, en la adquisición de hábitos nutritivos racionales, ya no corresponde plenamente a los padres. El cuidado del niño enfermo en el domicilio representa tantas dificultades para algunos padres que éstos presionan de manera más o menos encubierta para que su hijo ingrese en el hospital, con el objetivo de poder disponer de los días libres reglamentados por sus empresas para dedicarlos a la atención del niño. Durante las vacaciones escolares, sobre todo en verano, muchos niños y adolescentes son enviados a campamentos, colonias o residencias, no sólo en España sino también en otros países. A veces, el aprendizaje de otro idioma o los aspectos lúdicos no son la única razón para este tipo de iniciativas. La realidad es que las vacaciones de los padres son mucho más cortas y mientras éstas llegan no se sabe con quién dejar a los hijos.

Se está instaurando en la sociedad una nueva forma de educación de los hijos: la delegación de funciones de sus padres en personas o instituciones. La educación, la alimentación y los cuidados ya no dependen mayoritariamente de los progenitores: se comparten, en el mejor de los casos. La consecuencia fundamental de todo esto es la pérdida de autoridad de los padres. Ya no son el punto de referencia para los hijos desde edades bien tempranas, porque están ausentes en buena parte de sus vidas. Al llegar la adolescencia, aparecen con toda su crudeza el distanciamiento y la lejanía de unos y otros.

De esta nueva dinámica familiar surgen modificaciones culinarias importantes. El escaso tiempo disponible para cocinar, la