

## VII SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 18 DE MARZO DE 2003

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.  
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ

### **EL DOLOR CRÓNICO DE LOS NIÑOS: ¿UN GRAN DESCONOCIDO O UN GRAN OLVIDADO? *CHRONIC PAIN IN CHILDREN: A GREAT UNKNOWN OR A GREAT FORGOTTEN?***

Por el Ilmo. Sr. D. FRANCISCO REINOSO BARBERO

Académico Correspondiente

#### **Resumen**

Se describen los primeros 5 años de experiencia de la primera Unidad de Dolor Infantil española. La edad media de los 130 pacientes atendidos fue de 7.6 años (SD 5.1), con predominio masculino (60 %). Las causas más frecuentes de dolor fueron cáncer hematológico (35 %), dolor neuropático (15 %) y artritis crónica juvenil (12 %). La duración media del dolor antes de acudir a la UDI fue de 295 días. El tratamiento mayoritario (79 %) consistió en agentes opiáceos, con una efectividad de reducción media del dolor inicial del 88.1 %. La duración media del tratamiento fue de 111 días.

#### **Abstract**

It is described the experience of the first 130 patients specifically treated by the first Spanish Unit of Chronic Pain in Children. The mean age of the patients was 7.6 years (SD 5.1). Sex distribution was 6:4 for male:female. The

more frequent causes of pain were: Hematologic cancer (35 %), neuropathic pain (15 %) and juvenile chronic arthritis (12 %). The mean duration of pain prior to pain treatment was 295 days. The main therapeutic option was treatment with opiate agents (79 %) during a mean period of time of 111 days and mean decrease of 88.1 % in pain intensity.

## INTRODUCCIÓN

Desde la década de los 90 se ha avanzado de un modo muy importante en el conocimiento de la fisiopatología de la nocicepción en los pacientes pediátricos, siendo muestra de ello el aumento de publicaciones científicas dedicadas a este tema (Reinoso-Barbero, F., 2000).

A pesar de estos avances científicos, en el campo asistencial se sigue produciendo una situación de tratamiento inadecuado, siendo aún pocos los estudios clínicos relativos al dolor crónico en los niños. Entre las causas de esta falta de tratamiento adecuado, parece encontrarse la deficiente formación de los principales responsables del cuidado de la salud de los niños, pues, los pediatras españoles reconocen sus carencias formativas en este campo específico (Riño-Galán, I. et al., 1998). Tampoco el resto de especialidades, habitualmente involucradas en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, como anestesiólogos de Unidades de Dolor, neurocirujanos, reumatólogos, psicólogos, etc... parecen haber sido capaces de trasladar los nuevos avances al tratamiento de los pacientes pediátricos con dolor crónico (Reinoso-Barbero, F., 2001).

Una posible causa parece encontrarse en la rareza de los pacientes con dolor crónico durante la etapa infantil. Sin embargo, hay publicaciones científicas aisladas que demuestran que las enfermedades articulares como la artritis crónica juvenil, las enfermedades neurológicas como la parálisis cerebral espástica o las enfermedades oncológicas como las leucemias o linfomas, son enfermedades invalidantes crónicas que se asocian específicamente a la edad pediátrica y que pueden cursar con dolor (Zain, Z.N. et al., 1995). Sin embargo, son escasos los estudios que analicen de un modo más extensivo las características epidemiológicas y clínicas del dolor crónico en la infancia.

En el presente estudio se describe la experiencia de una unidad de dolor infantil (U.D.I.) dedicada específicamente al control del dolor crónico en el niño.

## Métodos:

Se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo incluyendo los primeros pacientes tratados de dolor crónico en una UDI durante un periodo de 5 años (enero del 98-diciembre del 2002). Los datos recogidos fueron clasificados por: edad, sexo, duración del dolor antes de acudir a la UDI, servicio consultante, tipo de dolor, tipo de tratamiento empleado, duración del tratamiento y eficacia de reducción del dolor (VAS inicial/VAS final  $\times$  100).

## Resultados:

Se incluyeron en el estudio un total de 130 pacientes del total de casi 4000 pacientes atendidos por la Unidad de Dolor Infantil del Hospital universitario «La Paz» (Fig. 1). La media de edad fue de  $7,65 \pm 5,08$  años, aunque oscilo entre pacientes de 1 mes a 18 años (Fig. 2). Los principales síndromes de dolor crónico pediátrico se debieron a causas oncológicas (Fig. 3) y no oncológicas (Fig. 4)

El grupo de pacientes que padecían dolor crónico no oncológico estaba constituido por 58 pacientes de los que 26 eran mujeres (45 %) y 32 eran varones (55 %). El grupo de dolor crónico oncológico estaba compuesto por 72 pacientes de los cuales 25 eran mujeres (35 %) y 47 eran varones (75 %). El tratamiento empleado de modo mayoritario fueron agentes opiáceos (79 % casos). La eficacia del tratamiento permitió reducir el dolor inicial un 88% de su intensidad (Fig. 5). La duración del tratamiento ( $p < 0.008$ ) mucho mayor en el grupo de dolor no oncológico con  $74,2 \pm 111$  días frente a  $37,5 \pm 57$  días. En el dolor crónico no oncológico la media de días de duración fue de  $557 \pm 814$  frente a  $34 \pm 64$  en el grupo de dolor crónico oncológico.

## Discusión

La inmadurez del sistema nervioso central pediátrico no significa que el niño sea incapaz de responder con una sensación dolorosa frente a la agresión que suponen determinadas enfermedades crónicas (Woodgate, R. et al., 1998). Actualmente se admite que los recién nacidos e incluso los prematuros de 25 semanas de edad

Número de pacientes

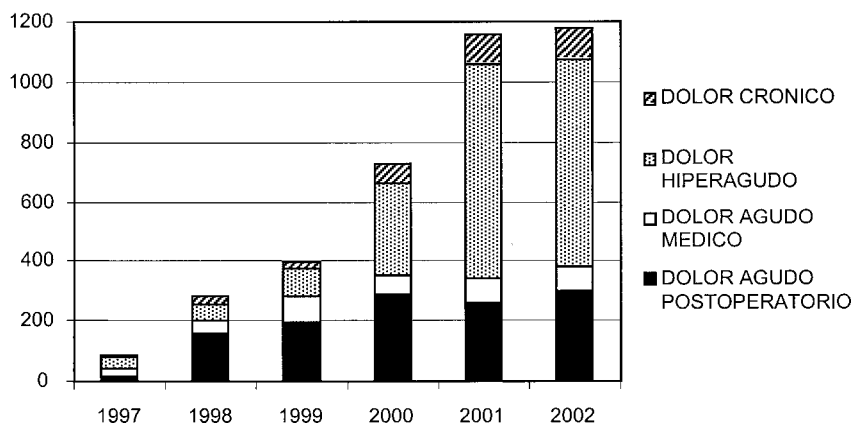


FIGURA 1.—Casuística UDI-HULP.

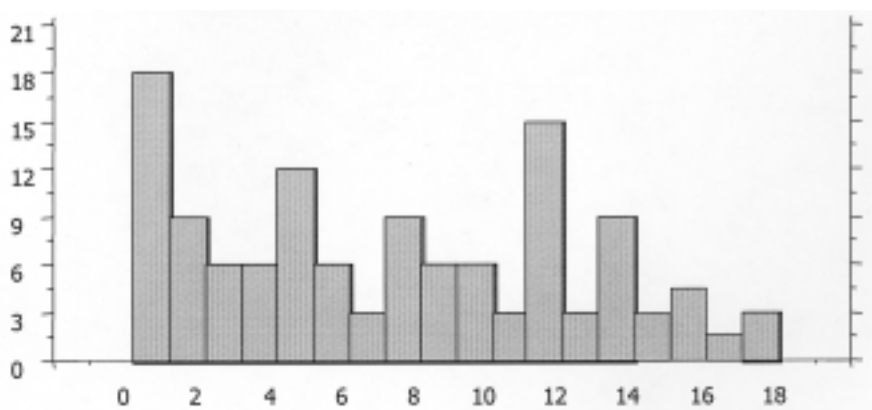


FIGURA 2.—Distribución por edad de los pacientes con dolor crónico.

gestacional presentan un sistema neuronal nociceptivo ascendente normofuncionante.

El presente estudio coincide con los artículos publicados previamente que señalan que el dolor agudo es la causa más frecuente de dolor en la infancia, al contrario de lo que pasa en la edad adulta en la que el dolor crónico presenta una prevalencia mucho más elevada (Broome, M.E. et al., 1989). Sin embargo, el presente estudio demuestra que el dolor crónico también es posible en niños. Teniendo en cuenta la población pediátrica atendida por el Hospital de

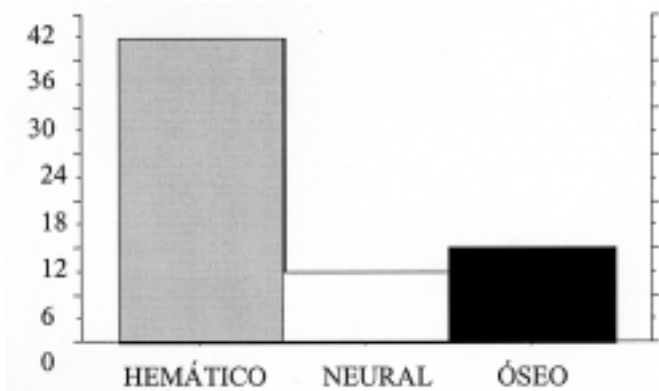


FIGURA 3.—Tipos de dolor oncológico.

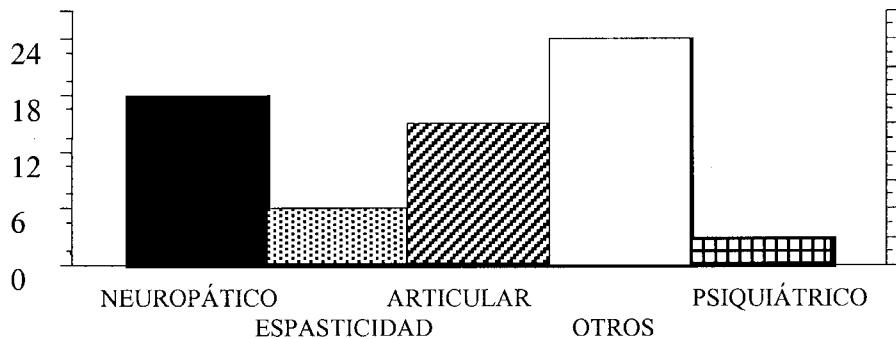


FIGURA 4.—Tipos de dolor no oncológico.

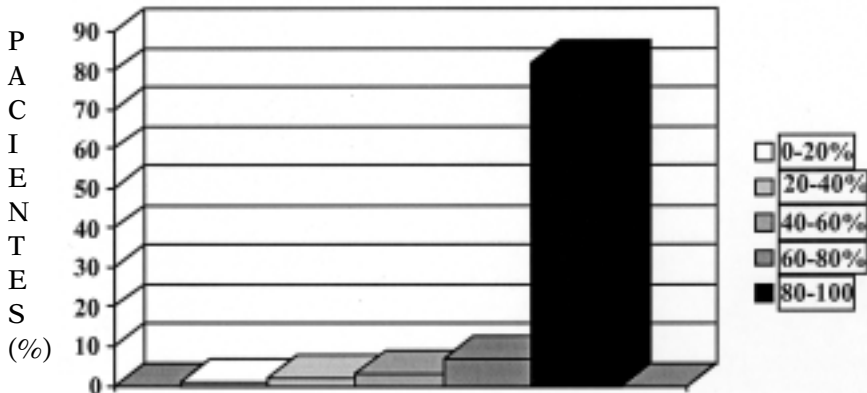


FIGURA 5.—Reducción del dolor inicial.

referencia, unos 167.435 pacientes menores de 14 años, la aparición de unos 25-30 nuevos casos anuales representa una incidencia aproximada de 15 casos: 100.000 habitantes infantiles: año. Además, se observó que este dolor crónico no estuvo asociado sólo a enfermedades oncológicas con una elevada incidencia en niños (unos 136 casos de cáncer: 100.000 habitantes: año), sino a otros padecimientos crónicos como la artritis crónica juvenil (con una incidencia de 32-42 casos: 100.000 habitantes: año) o espasticidad por parálisis cerebral (aproximadamente un 35-45 casos: 100.000 habitantes:año) y causas de dolor también definidas en adultos como fibromialgia, distrofia simpática refleja, dolor psicogénico, y otros.

El tratamiento del dolor crónico pediátrico no sólo no comienza con un tratamiento precoz del mismo, sino con su prevención (Chiarretti, A. et al., 2000). La gran eficacia terapéutica conseguida en nuestros pacientes pareció deberse al carácter nociceptivo de los principales síndromes dolorosos pediátricos, especialmente dolor oncológico y dolor articular, que permitió una buena respuesta a los agentes opiáceos administrados crónicamente. Aún así, el tratamiento del dolor crónico oncológico debe vencer distintos obstáculos como pueden ser la falta de conocimiento sobre las características propias de las neoplasias pediátricas y a la falta de aplicación de tratamientos conocidamente eficaces por el temor a las complicaciones (Yaster, M. et al., 1988). Por este motivo, se insiste cada vez más en la importancia no sólo de un enfoque etiológico del cáncer, sino en el cuidado sintomático de la enfermedad (Leahy, S. et al., 1994). La preponderancia de enfermedades hematológicas (con frecuentes recaídas y remisiones) frente a osteosarcomas o neurosarcomas provoca que, en general, la duración del dolor crónico oncológico pediátrico sea de menor duración que en el adulto y que, además, se asocie a un pronóstico radicalmente distinto: presentando una mortalidad por cáncer disminuida pero con una elevada morbilidad en forma de mucositis, calambres, polineuritis y algias abdominales y que son la principal causa de dolor crónico en estos enfermos. Otras causas de dolor agudo (punciones de médula ósea, biopsias, etc...) pueden ser más molestas incluso que la propia enfermedad y obligan también a su tratamiento (Williams, H.A., 1996). En determinados tipos de dolor, la lesión directa del hueso, la invasión de la médula ósea o infiltración o compresión nerviosa también son causa frecuente de dolor crónico (Gálvez-Mateos, R. et al., 2001). En la serie de los pacientes atendidos en nuestro Hospital el dolor crónico oncológico y osteo-ar-

ticular se pudo tratar correctamente por la Unidad de Dolor Infantil con fármacos opiáceos, por distintas vías de administración (oral, transcutánea, parenteral, o espinal) y sin efectos secundarios graves que obligasen a la retirada del tratamiento.

Otros síndromes dolorosos, sobre todo de carácter no oncológico, sin embargo no respondieron de una manera tan efectiva al tratamiento ni siquiera al empleo de agentes opiáceos. En este grupo se situaban los síndromes neuropáticos y el dolor por espasticidad muscular. En general, estos pacientes acudían a la consulta con síndromes dolorosos ya establecidos durante semanas o meses, o incluso años, provocando mecanismos de hiperalgesia fisiológica que pueden perpetuar la sintomatología dolorosa en el tiempo. Por este motivo el dolor crónico no oncológico necesitó de tratamientos más prolongados (Grunau RV et al, 1994). Fue en estos síndromes dolorosos crónicos no oncológicos, fundamentalmente síndromes articulares y neurológicos, dónde se utilizó un esquema de tratamiento terapéutico que consistía en escalones o etapas más avanzadas que incluían técnicas invasivas, como técnicas de bloqueo continuo o prolongado o implantación definitiva de dispositivos espinales de neuromodulación (Strafford, M.A. et al., 1995).

En ambos tipos de dolor, nocipitivo o no, los mecanismos de esta hiperalgesia parece estar bien delimitados. Durante el periodo intrauterino existen ya nociceptores periféricos. Estos nociceptores son estimulados por los mediadores químicos de la inflamación (prostaglandinas, histamina bradicininas ...) produciéndose un mecanismo de transducción por el cual los estímulos térmicos, químicos o mecánicos son convertidos en estímulos eléctricos que viajan a través de las fibras A $\delta$  y C (Hiura, A. et al., 1992). Estas fibras hacen conexión con el asta posterior de la médula espinal desde donde se transmite la información al bulbo raquídeo y áreas hipotalámicas y se origina una respuesta frente a la agresión de modo parecido a como se produce en el adulto. En los niños, la inmadurez neurológica afecta preferentemente, a las vías regulatorias de carácter inhibitorio que desde la sustancia gris periacueductal, utilizando como neurotransmisores catecolaminas, serotoninas y otras aminos biógenas, liberan encefalinas endógenas inhibitoras de la transmisión dolorosa en el asta posterior de la médula (D'Amore, A. et al., 1995). La falta de un tratamiento adecuado junto con el hecho de una menor capacidad de inhibición del dolor favorecería el incremento de las respuestas dolorosas en los niños (Reinoso-Barbero, F., 1997),

especialmente si se sensibiliza al sistema nervioso central inmaduro con estimulaciones sensoriales nociceptivas repetidas lo que produce una exacerbación de los fenómenos de hipersensibilización y de los mecanismos de hiperalgesia crónica (Ruda, M.A. et al., 2000). Una consecuencia clínica de este fenómeno es que seguramente los niños necesitan un tiempo distinto a los adultos para establecer los mecanismos neurales responsables de la hiperalgesia crónica (Taddio, A. et al., 1995).

Cuando un dolor se instaura durante meses, años e incluso toda una vida, deja de tener un sentido de alerta o defensa para el organismo. El dolor crónico es una enfermedad compleja en sí misma, que difícilmente puede ser abordada por un solo especialista. Por este motivo, el tratamiento consistió en programas multidisciplinarios de tratamiento del dolor crónico donde distintos especialistas, desde su campo de actuación, contribuyen de una manera organizada y coordinada a tratar los distintos componentes de los síndromes dolorosos complejos: con la presencia de los especialistas pediátricos en reumatología o neurología para el tratamiento de las enfermedades de base, junto el concurso de psicólogos, fisioterapeutas, enfermería, cirujanos ortopedas y neurocirujanos responsables de los tratamientos quirúrgicos llegado el caso. Los casos de pacientes deben ser discutidos en sesiones clínicas en las que se decida el tipo de tratamiento a seguir en cada momento. El anestesiólogo esta llamado a ser el encargado de la coordinación de los programas, el responsable de la optimización de la medicación analgésica y el responsable de las técnicas de sedación-anestesia necesarias en niños y de los procedimientos más invasivos. En cualquier caso, e independientemente de la causa que origina el síndrome doloroso crónico pediátrico, éste debe ser considerado una entidad nosológica en si misma, con un abordaje terapéutico parecido y bien definido que debe ser desarrollado por Unidades de Tratamiento del Dolor específicamente infantil con un abordaje multidisciplinario para contribuir a mitigar el sufrimiento de nuestros pequeños pacientes (Berde, C. et al., 1989).

## BIBLIOGRAFÍA

- BERDE, C.; SETHNA, N.F.; MASEK, B.; FOSBURG, M.; ROCKLIN, S.: «Pediatric pain clinics: recommendations for their development». *Pediatrician* 1989; 16: 94-102.



- BROOME, M.E.; LILLIS, P.P.: «A descriptive analysis of the pediatric pain management research». *Appl Nurs Res* 1989; 2: 74-81.
- CHIARETTI, A.; VIOLA, L.; PIETRINI, D.; PIASTRA, M.; SAVIOLI, A.; TORTOROLO, L. et al.: «Preemptive analgesia with tramadol and fentanyl in pediatric neurosurgery». *Childs Nerv Syst*. 2000; 16: 93-99.
- D'AMORE, A.; MAZZUCHELLI, A.; LOIZZO, A.: «Long Term changes induced by neonatal handling in the nociceptive threshold and body weight in mice». *Physiol Behav* 1995; 57: 1195-7.
- GÁLVEZ MATEOS, R.; MORALES MÁ, C.: «Terapéutica analgésica en pacientes pediátricos con dolor de origen oncológico». *Actualizaciones en dolor* 2001; 2: 95-102.
- GRUNAU, R.V.; WHITFIELD, M.F.; PETRIE, J.H.; FRYER, E.L.: «Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children». *Pain* 1994; 56: 353-359.
- HIURA, A.; ISHIZUKA, H.: «Quantitative electron-microscopic analyses of pulpal nerve fibres in the mouse lower incisor after neonatal capsaicin treatment». *Arch Oral Biol* 1992; 37: 1085-1090.
- KAIN, Z.N.; RIMAR, S.: «Management of chronic pain in children». *Pediatr Rev* 1995; 16: 218-222.
- LEAHY, S.; HOCKENBERRY-EATON, M.; SIGLER-PRICE, K.: «Clinical management of pain in children with cancer: selected approaches and innovative strategies». *Cancer Pract* 1994; 2: 37-45.
- REINOSO-BARBERO, F.: «Desarrollo de la nocicepción en el niño». *Dolor* 1997; 12: S3-73.
- REINOSO-BARBERO, F.: «El dolor en los niños: ¿el gran desconocido o el gran olvidado?». *Rev Soc Esp del Dolor*, 2000; 7: 277-278.
- REINOSO-BARBERO, F.: «Avances en el conocimiento y tratamiento del dolor infantil». *Actualizaciones en dolor* 2001; 2: 93-94.
- RIANO GALÁN, I.; Mayoral González, B.; Solís Sánchez, G.; Orejas Rodríguez Arango, G.; Málaga Guerrero, S.: «Opinión de los pediatras sobre el dolor infantil». *An Esp Pediatr* 1998; 49: 587-593.
- RUDA, M.A.; LING, O.D.; HOHMANN, A.G.; PENG, Y.B.; TACHIBANA, T.: «Altered nociceptive neuronal circuits after neonatal peripheral inflammation». *Science* 2000; 289: 628-631.
- TADDIO, A.; GOLDBACH, M.; IPP, M.; STEVENS, B.; KOREN, G.: «Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys». *Lancet* 1995; 345: 291-2.
- STRAFFORD, M.A.; WILDER, R.T.; BERDE, C.B.: «The risk of infection from epidural analgesia in children: a review of 1620 cases». *Anesth Analg* 1995; 80: 234-8.
- WILLIAMS, H.A.: «The silent ones: a review of sampling issues and biases pertinent to the area of pediatric oncology procedural pain». *J Pediatr Oncol Nurs* 1996; 13: 31-9.
- WOODGATE, R.; KRISTJANSON, L.J.: «Getting better from my hurts: towards a model of the youngchild's pain experience». *J Pediatr Nurs* 1996; 1: 233-242.
- YASTER, M.; DESHPANDE, J.K.: «Management of pediatric pain with opioid analgesic». *J Pediatr* 1988; 113: 421-9.

## INTERVENCIÓN DEL DR. VALTUEÑA BORQUE

En primer lugar me siento obligado a felicitar al Prof. Reinoso Barbero por su interesante presentación.

Me parece necesario incidir en que el dolor crónico infantil no sólo se produce en unidades hospitalarias tan bien organizadas y equipadas con brillante material y pesonal como la que nos ha presentado el Prof. Reinoso, sino que también se produce, y posiblemente con tanta o más frecuencia, en *Pediatría hospitalaria*, sin que se cuenten con los eficaces medios de investigación, diagnóstico y tratamiento que nos ha mostrado en su intervención.

Además, a mí particularmente me gustaría saber *cuándo termina en el niño el dolor agudo y comienza el dolor crónico*, ¿en horas, días, semanas, meses?, ya que en la práctica pediátrica ambulatoria es frecuente ver *dolores recidivantes de una agudeza extraordinaria*, que no son hospitalizados porque los procesos que producen sus dolores no requieren una hospitalización, al ser susceptibles de tratarse ambulatoriamente.

A este respecto no puedo por menos de recordar que en los largos años que ejercí de Médico Escolar, hasta que se extinguió el Cuerpo en 1983, es decir, más de dos décadas y miles de escolares atendidos, un dolor tan terebrante como es la jaqueca infantil se agudizaba cuando llegaba la época de los exámenes, especialmente en las niñas. Y si hablo de su extrema agudeza es porque yo mismo lo he padecido en mi juventud. Con ello quiero dar a entender que para poder hablar de dolor infantil, agudo, recidivante o crónico, se ha de tener en cuenta el organismo infantil en su totalidad, no sólo en su aspecto orgánico, sino también en sus matices psicológicos, escolares, familiares e incluso espirituales.

Me vienen a la mente, consecuentemente, las pruebas subjetivas que nos ha mostrado el Prof. Reinoso para medir la intensidad del dolor: cualquier niño o niña muy sensible o hipocondríaco, por las circunstancias individuales o familiares que sean, se tirará inmediatamente por la escala del mayor dolor en dependencia con su estado de ánimo y sin embargo se mostrará más optimista si intuye que se están haciendo pruebas para disminuir su dolor como sucede en las unidades hospitalarias contra el dolor infantil.

¿El dolor crónico de los niños varía en intensidad a lo largo de su proceso doloroso?, me pregunto. O es más bien una sensación comparable, como sucede con la mayoría de los ritmos circadianos,

con el hambre o el sueño. ¿Tienen los niños dolores estacionales en dependencia con los cambios de tiempo y la climatología, como los adultos? En todo caso, teniendo en cuenta la inmadurez psicológica del niño, supongo que habrán de actuar además en su dolor circunstancias familiares, escolares, etc.

Esos comentarios me han surgido como consecuencias de lo muy interesante que ha sido la conferencia del Prof. Reinoso, por la cual me reitero en mi felicitación.

### **CONTESTACIÓN DEL PROF. FRANCISCO REINOSO BARBERO AL DR. VALTUEÑA**

En primer lugar, quiero agradecer vivamente al profesor Valtueña su felicitación, que me satisface especialmente por sus reconocidos prestigio y experiencia en el campo de la Pediatría en España.

En cuanto a su acertada consideración de que el dolor se produce extrahospitalariamente, he de decir que, efectivamente, el dolor crónico se produce con mucha más frecuencia en este ámbito que en el hospitalario, en el que predomina el dolor agudo. Deben ser los pediatras, lógicamente, los encargados de diagnosticar y tratar ambulatoriamente este tipo de dolor, refiriendo a las Unidades de Dolor Infantil sólo aquellos casos rebeldes a las terapéuticas convencionales.

Para mí una pregunta de las más interesantes en este campo es la que plantea el profesor Valtueña: ¿Cuándo acaba el dolor agudo y cuándo empieza el crónico? Sabemos que, en general, el dolor agudo se caracteriza por su correlación en su intensidad y duración con la destrucción tisular que lo origina. En el dolor crónico no existe dicha correlación, pudiendo presentarse incluso dolor intenso en ausencia de destrucción de tejidos. Debemos hablar de dolor crónico cuando exista evidencia de cambios neuroanatómicos que incidan en esta respuesta aumentada al dolor, mediados por mecanismos neurales de hiperalgesia. En el adulto sabemos que estos mecanismos neurales precisan para su desarrollo de semanas o incluso meses. En el paciente pediátrico, debido a los fenómenos de inmadurez de las vías inhibitorias nociceptivas y, especialmente, de su mayor plasticidad en la conectividad neuronal, se produce una facilitación para la generación de estos cambios conformacionales

definitivos en la percepción del dolor. Podemos asumir, por tanto, que cuanto más pequeño sea un paciente, menos tiempo necesitará para convertir un dolor agudo o, especialmente, un dolor recidivante en dolor crónico.

Un ejemplo de cómo una patología, considerada erróneamente banal, como la jaqueca infantil o juvenil, puede ser tremendamente limitante no sólo para el niño afecto sino incluso para la misma familia, que vive con angustia la enfermedad del niño. Efectivamente, este tipo de dolencia, debe ser evaluado en su conjunto, con un abordaje diagnóstico que incluya no sólo la intensidad y naturaleza del dolor, sino también la influencia de factores psicológicos y factores sociológicos, al mismo tiempo que considere el aspecto de limitación funcional y muy especialmente la limitación de la calidad de vida del paciente. Por este motivo, actualmente se reconoce que esta patología responde mejor a abordajes psicoterapéuticos que a tratamientos farmacológicos con antidepresivos.

Como he expuesto en mi charla, es esta afectación de la calidad de vida del paciente un parámetro mucho más sensible de la importancia del dolor que otros posible parámetros funcionales o subjetivos del dolor, de modo especialmente cierto en los pacientes más pequeños. Es por ello de la máxima importancia el desarrollo de escalas específicas de medición de la calidad de vida en los niños en edad preverbal como herramienta de ayuda a la valoración del dolor en este grupo de edad, y poder conocer la influencia de los distintos factores que apunta el profesor Valtueña.

Agradezco nuevamente la oportunidad que me ha brindado el profesor Valtueña con sus interesantes comentarios de clarificar algunos puntos de mi exposición.

## **PALABRAS FINALES DEL PRESIDENTE**

Nuevamente debemos felicitarnos por la magnífica conferencia-ponencia del día de hoy.

Sea para el Prof. Reinoso Barbero doble felicitación. Primero, como otras veces se hace en esta Real Academia, se felicita a aquella persona que por vez primera trae una comunicación a la misma. Ha traído una patología intrigante para el médico, para la familia, para los padres, para todo el mundo, cuando un niño pequeño llora insistentemente, el médico al lado, pediatra o no pediatra, y

en donde el gran recurso para la interpretación y la semiología es estudiar las características del dolor y preguntarle al que le duele dónde le duele, es fuerte o no es fuerte, qué intensidad tiene el dolor, qué tipo de dolor o qué calidad de dolor, ¿se corre el dolor en algún sitio?, ¿con qué aparece y desaparece el dolor?, esas características del dolor que, enjuiciadas por un médico, inician el recorrido reflexivo que lleve al diagnóstico. También los anestesiólogos disfrutan de esa situación delicada, importante, preocupante para todo médico, qué hacer, a qué es debido ese dolor, y, es más, hemos aprendido una cosa que es más frecuente de lo que yo pensaba dada la estadística vuestra. Es un gran cometido; entre otras muchas cosas, siempre he admirado a los pediatras porque tratan seres que no pueden interpretar sus molestias, eso es una dificultad enorme que tienen los pediatras cuando tratan niños pequeños que no traducen lo que un niño mayor o un adulto le dicen al médico, con todo lo que eso supone para la orientación. Es una ponencia que le felicito por ella y, sobre todo, por la capacidad organizativa que a nivel de un gran hospital supone el hacer nuevas secciones, servicios o agrupamientos de enfermos con peculiares patologías. Le felicito por su ponencia y estamos muy satisfechos de verle entre nosotros.

Se levanta la sesión.