

CONTENIDO

EDITORIAL	2
GUÍA PARA AUTORES	3
REVISIÓN DE TEMA	
<i>ABUSO SEXUAL: ENFOQUE EN SERVICIO DE URGENCIAS Dr. Darwin Cristancho B., Dr. Jaime A. Ospina R.</i>	5
Resumen	5
Definiciones	5
Epidemiología	6
Diagnóstico y manejo integral del niño con sospecha de abuso sexual en el servicio de urgencias	7
Formato de Historia Clínica	15
Lecturas Recomendadas	17
 <i>LOS ÁCIDOS GRASOS TRANS Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD Dra. Silvana Dadán M.</i>	19
Resumen	19
Introducción	19
Qué son los ácidos grasos <i>trans</i> ¿dónde los encontramos?	20
¿Cuánto se consume a nivel mundial?	21
Límites del consumo de ácidos grasos <i>Trans</i>	22
Impacto en la Salud	22
¿Cuáles son los efectos de los <i>trans</i> sobre la salud del ser humano?	23
Etiquetado Nutricional	25
Referencias Bibliográficas	26

EDITORIAL

El niño es un ser integral y su salud involucra procesos físicos, fisiológicos, metabólicos y una serie de factores ambientales que inciden en ella. Como profesionales de la salud y particularmente, por la práctica orientada al niño, nuestro quehacer está focalizado en su bienestar no sólo físico sino también emocional.

Colombia, es un país que se caracteriza por la convivencia diaria con la violencia, por ende, como profesionales con injerencia en la crianza de los niños, debemos procurar mejorar el ambiente donde nuestros pequeños crecen y se desarrollan. Ninguno de nosotros escapa al asombro y al dolor cotidiano ante las noticias que se comentan en los medios de comunicación. Nuestros hijos, sobrinos y pacientes tampoco están ajenos a esa situación permanente. Ellos miran y lo que es peor se "contaminan" con programas de televisión que pueden despertar la imaginación y precisamente, no de la forma más positiva, más bien despiertan la "violencia". Como resultado, tendremos seres humanos más agresivos, más indiferentes, menos compasivos y que lamentablemente, viven en un país violento.

Cuando llenamos las historias clínicas, hacemos preguntas de rutina como cuál es el motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, revisión por sistemas y en este proceso, tratemos que no se nos escapen aspectos como escolaridad, comportamiento social y los signos y síntomas que nos hacen sospechar el abuso sexual.

No obstante, recordando que el niño es un "ser integral", como parte de esa revisión deberíamos tener como compromiso y deber, inmiscuirnos en la formación social de nuestros pacientes.

Otra temática vigente y controversial es la vinculada con la nutrición del niño. La alimentación es siempre un pilar fundamental para la salud y el desarrollo del niño, en cada una de las etapas del ciclo vital. Día a día, estos conceptos se actualizan y renuevan. Uno de los nutrientes más importantes son los lípidos, con múltiples funciones en el crecimiento y el desarrollo del niño. Sin embargo, aún nos falta entender y discernir respecto a la cantidad y principalmente, la calidad de las grasas como parte de la alimentación diaria.

La vida moderna y la influencia de la televisión, invita y conlleva a la población infantil al consumo exagerado y descuidado de productos ricos en grasas hidrogenadas (pastelería, paquetes), con lo cual se incrementa la ingesta y el nivel de ácidos grasos trans del organismo, desconociendo el impacto real que tienen sobre la salud.

Ya concluyendo...lo más importante es mantener un plan de alimentación balanceado en un ambiente propicio y sano que favorezcan el crecimiento y desarrollo del niño con sus máximas potencialidades.

Wilson Daza C MD, Msc

G

UIA PARA LOS AUTORES

1. Temas pediátricos es la revista oficial de Nutrición Infantil de Nestlé de Colombia S.A, y da continuidad a la revista Temas de Pediatría, circulando trimestralmente. Publica artículos relacionados con pediatría y sus especialidades, originales de autores Colombianos previa aprobación del comité científico.
2. Los trabajos deben ser inéditos y entregados en el departamento de Nutrición Infantil - Nestlé de Colombia S.A. Los manuscritos deben enviarse en un original en papel blanco tamaño carta en tinta negra, a doble espacio, guardando un margen izquierdo de 4 cm y acompañado de un CD en procesador word. No debe exceder las 14 páginas escritas por una sola cara, incluyendo tablas, gráficas y anexos.
3. Si se trata de una revisión de tema debe contener: introducción, resumen, palabras claves, texto, agradecimientos si es el caso, bibliografía, tablas si es el caso, gráficas si el caso. El comité editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.
Si se trata de un trabajo de investigación debe contener introducción, resumen, palabras claves, materiales y métodos, resultados, discusión, agradecimiento si es el caso y bibliografía.
Si se trata de casos clínicos debe constar de un resumen, descripción detallada de los casos y discusión.
4. En la primera página se incluye el título, nombre del autor o autores con los respectivos títulos académicos, el nombre de la institución a la cual pertenece y la dirección geográfica o electrónica para correspondencia.

5. El resumen debe ser corto y no exceder las 150 palabras, debe enunciar el propósito de la revisión o del estudio, descripción de los procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones.
6. Las ilustraciones, gráficas o dibujos deberán estar en tinta negra o color y las fotografías deben enviarlas en papel o preferiblemente en diapositivas.
7. La bibliografía se enumera de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio.
 - a. Revistas: apellidos e iniciales el nombre del autor y sus colaboradores (si son más de cinco puede escribirse, después de los tres primeros, et al o "y col."); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del index medicus; año de publicación; volumen; páginas inicial y final.
 - b. Libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro; edición; ciudad; casa editora; año, páginas inicial y final.
 - c. Capítulo de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo; título del capítulo; autores o editores del libro; título del libro; edición; ciudad; casa editora; año; páginas inicial y final.
 - d. Internet: apellidos e iniciales de los autores; título del tema, año y día de búsqueda, página web: <http://www.gastropediatria.edu...etc>.
8. Se recomienda al autor guardar copia de los trabajos enviados, porque la revista ni la compañía Nestlé se hace responsable por pérdida o daño del CD.
9. Las ideas y contenidos son responsabilidad exclusiva de los autores.
10. Para citar la revista se debe hacer con la abreviatura: Temas Pediátr.
11. Correspondencia de la revista: transversal 18 número 96-41, Nutrición infantil - Nestlé de Colombia S.A.

A

BUSO SEXUAL: ENFOQUE EN SERVICIO DE URGENCIAS

DARWING CRISTANCHO B.¹, JAIME A. OSPINA R.²

RESUMEN

Kempe advertía ya en la década de los 70 que el abuso sexual del niño era «problema pediátrico oculto» y manifestaba su llamado a que este tema despertara el mismo interés que veinte años antes había generado el tema del niño maltratado. En ocasiones la edad del pequeño impide verbalizar el hecho, en otros, el abusador es una persona conocida dificultando la credibilidad de la víctima y por si fuera poco algunos comportamientos indicativos de abuso no son entendidos y son agrupados como conductas propias de la edad. Así mismo la violencia sexual en todas sus expresiones sigue siendo una lacra para nuestra sociedad, siendo aún el subregistro un cómplice silencioso en nuestro país; es por ello el interés el pasar revista al estado actual del problema, creando un llamado de atención a este problema de dimensiones inimaginables como veremos a continuación.

abuso, subregistro, cadena de custodia, manejo integral.

DEFINICIONES

Abuso sexual: Denota una relación de dependencia entre la víctima y el agresor. Acompañando de un proceso de condicionamiento y frecuentemente al momento del diagnóstico ha ocurrido en diversas ocasiones. Tiende a ser un comportamiento generacional. Incluye al incesto.

¹Residente tercer año Pediatría Universidad El Bosque

²Pediatra. Jefe Servicio Urgencias Hospital Simón Bolívar.

Profesor Asistente Universidad el Bosque
Correspondencia: Dr. Darwin Cristancho B.
darwincitocb@tutopia.com

Ataque sexual: Es generado en gran proporción por un

desconocido en lugares diferentes al hogar y con frecuencia se acompaña de lesiones por trauma externo.

Explotación sexual: Comprende a los pederastas, la prostitución infantil, la pornografía y el tráfico de niños para fines ó lucro sexual. En esta modalidad hay que descartar a los acudientes.

EPIDEMIOLOGÍA

Up date del Horror.

Para entender la dimensión del flagelo se hace necesario tener presente y pasar revista a algunas cifras que hablan por si solas sobre la situación real y dramática de la niñez de nuestro país, partiendo del presupuesto de que la mitad de la población colombiana es menor de 18 años y que cerca de 10,4 millones viven en situación de pobreza y 1,5 millones viven en condiciones de miseria, así mismo más de la mitad de la población desplazada por el conflicto interno en los últimos seis años (1'100.000). corresponde a niñas y niños; según el ICBF señala que cerca de 2.5 millones de los niños son trabajadores (90% lo hacen en el sector informal de la economía) y cerca de 6000 niños colombianos son desarraigados y "reclutados" por los grupos armados ilegales.

Así mismo se indica que cada año en promedio dos millones y medio de niños son agredidos (cerca de la mitad sufren maltrato severo), en especial los mayores de seis años pero son los niños entre los cuatro y seis años las principales víctimas de abuso sexual, para el año 2003 según cifras del Instituto de medicina legal se denunciaron, 62.431 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 37.952 corresponden a violencia conyugal y 10211 afectaron a menores de edad.

Paralelo a lo anterior se estima que cerca de 50.000 mujeres, niñas y niños colombianos han sido víctimas del Tráfico sexual hacia el exterior. En nuestro país la prostitución infantil ha crecido tres veces en los últimos tres años, con vinculación directa de cerca de 30.000 niños mercado sexual (solo en Bogotá se calcula que cerca de 8000 niños ejercen dicha actividad).

Para el 2003 se calculo una tasa nacional de 50 casos por 100000 habitantes con un reporte de 14208 casos documentados por el Instituto de Medicina Legal (de los cuales el 70% de las victimas fueron niños)

Para indagar sobre el comportamiento del fenómeno de abuso sexual por género y grupos etéreos podemos tomar los registros de Medicina legal del 2001 donde de 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, 65.4% se practicaron en mujeres y 34.6% en hombres. El 86% correspondieron a menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%).

El perfil epidemiológico de abuso sexual registra al altiplano cundiboyacense como la zona de mayor registro de abuso sexual seguido por los departamentos de Cundinamarca, Caldas, Risaralda, Quindío y Atlántico. Las mayores zonas de tráfico y explotación sexual señalan a los departamentos del eje cafetero y al Valle como los departamentos más afectados por este flagelo y a las ciudades de Girardot, Cartagena y Barranquilla las que mas presentan “demanda” de turismo sexual.

El anterior panorama descrito en nuestro medio es un triste reflejo de la realidad cotidiana para muchos de nuestros niños en nuestro país atribuible entre otras causas a la gran descomposición social, perdida del concepto de familia como eje esencial de la sociedad, antivalores mediáticos, conflicto armado, solidez de las redes nacionales e internacionales de trafico infantil y existencia de legislación permeable y permisiva al problema descrito.

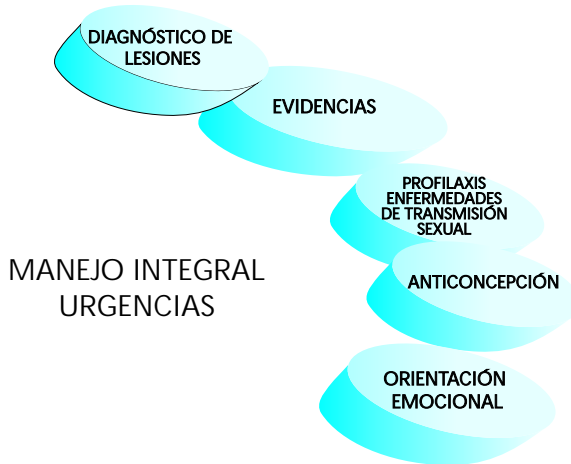
DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTEGRAL DEL NIÑO CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

GENERALIDADES

Los objetivos de la evaluación de una posible víctima de abuso sexual son la identificación de lesiones de importancia médica, detección y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS), detección de embarazo, recolección de evidencia forense legal, apoyo emocional y orientación psicológica y legal. Dando prelación a las víctimas en las cuales no sea prudente su regreso inmediato a su hogar. (Ver Figura. 1)

ENFOQUE DEL NIÑO CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

La evaluación debe ser lo más rápido posible para obtener evidencia antes de las 72 horas y lo más práctica y breve.



La metodología recomendada para proceder a la anamnesis y posterior examen debe tener en cuenta la idoneidad del examinador, la información adecuada a los familiares, evitando malas interpretaciones y poca colaboración y para hacer sentir a la víctima que tiene el control sobre el examen. El examen se hará con la mayor discreción posible, en un área discreta y debe acompañarse con un miembro del equipo de salud del mismo sexo en el caso de las niñas, que sirva como colaborador y testigo; adicionalmente, en la medida de lo posible debe acompañar a la víctima un familiar a no ser que la paciente diga lo contrario. EN TODO CASO EVITAR EMITIR JUICIOS DE VALORES.

ANAMNESIS.

Tipo de acto sexual: Se debe esclarecer si el abuso se limitó a actos sexuales tales como: besos, caricias, uso de cuerpos extraños. Si hubo penetración, o se practicó sexo oral o anal.

Frecuencia y duración: precisar si el ataque o abuso es agudo o crónico, el lugar la duración del encuentro.

Grado de violencia utilizado: varía desde la seducción, soborno amenaza hasta la agresión física.

Relación con el Agresor: La relación puede ser de tipo incesto, aquel que represente figura de poder para el niño, ó por desconocidos, ó bien como parte de una red de pederastas, prostitución o satanismo.

La información debe obtener información textual en lo posible, datos demográficos, el nombre ó descripción del presunto agresor y su relación con la paciente, las circunstancias en que ocurrieron los hechos, el lugar, detalles de la relación sexual, si hubo violencia física, eyaculación y otras circunstancias después del abuso.

La paciencia es un arma útil en la entrevista para no presionar al niño para que mencione los hechos, el nombre del agresor, la información debe salir de manera libre y espontánea. Algunos niños podrán hasta en un 10% representar a través de juegos y dibujos la escena del evento.

Al indagar sobre los antecedentes personales y ginecológicos, se debe obtener información relacionada con la menarquía, los ciclos menstruales, relaciones sexuales previas con y sin consentimiento, se debe averiguar sobre la posibilidad de un embarazo, enfermedades venéreas, consumo de drogas y o alcohol por el paciente y el agresor.

En todos los casos es fundamental no olvidar los efectos del denuncia: debe manejarse con cautela debido a que puede estigmatizar al niño por el conflicto intrafamiliar que se genera, la actitud de familiares y de personas cercanas. Así como la agresión institucional: muchas veces se realiza involuntariamente en ocasiones por ignorancia del personal de la salud que subvalora el pudor del niño abusado, siendo clave la coordinación en las funciones del equipo de la salud.

EXAMEN FÍSICO

En los niños debemos considerar que hasta un 60 y 70% de casos no presentaran evidencia física a pesar de existir abuso, en parte por la facilidad de cicatrización; la alta concentración de estrógenos hace que el himen sea muy elástico, y muchas de las víctimas ya han tenido relaciones sexuales previas con consentimiento. El examen físico será inútil sino se acompaña de una adecuada recolección de muestras. Para el examen de los niños se recomienda tener una lupa, espéculo, colposcopio, lámpara de Wood y los implementos para recolección de muestras como saliva, semen, cabellos y materiales para estudio de enfermedades de transmisión sexual.

Al observar las lesiones hay que determinar si estas son recientes o antiguas, se deben ubicar/ dibujar describiendo el tamaño y coloración y en la medida de lo posible, fotografiar. El detalle y la precisión en la utilización de los términos y claridad de los gráficos que describan los hallazgos son necesarios para el éxito de una investigación por abuso sexual.

CADENA DE MANEJO EVIDENCIAS FÍSICAS Y BIOLÓGICAS

Se debe establecer una cadena de custodia de las evidencias desde su recolección, toma y conservación de las muestras para enriquecer su peso probatorio a nivel judicial.

Se debe recolectar la ropa en papel manila, separando la ropa interior de la víctima, Anotar si la ropa del paciente es la que llevaba en el momento del hecho y verificar si fue lavada, si el paciente se bañó. La búsqueda exhaustiva de muestras de semen, cabellos y otros elementos a los que le puedan practicar estudios genéticos de ADN, RH, ABO, entre otros son prioritarios.

En aquellos lugares en que se sospeche presencia de saliva, hay que recolectar muestras en solución salina y guardarlas en tubo de ensayo para pruebas.

La evidencia de trauma o la presencia de semen y espermatozoides se observa entre el 2 y 18% de las víctimas. La lámpara de Wood ayuda a evidenciar de semen por su color azul verdoso o anaranjado, del cual se deben tomar por lo menos dos muestras con un hisopo, aplicándolas sobre una lámina y se fijan y secan preferiblemente con un secador. También se debe tomar muestra de la cavidad oral de los espacios interdentes y las encías.

Las muestras de cabello al mostrar un patrón propio por cual se debe obtener muestra de unos veinte cabellos, por peinado o arrancamiento así mismo peinado de vello púbico incluyendo los de la víctima.

Para el examen genital, se debe colocar a la niña o niño acostado con las piernas en abducción o posición de batracio para el examen de los genitales externos o en posición prona con lordosis máxima y relajación de los músculos abdominales

La inspección con espéculo se practicará idealmente bajo sedación y/o anestesia general en salas de cirugía se observan las diferentes estructuras anatómicas. No olvidar los diagnósticos diferenciales de sangrado vaginal: cuerpos extraños, caídas a horcajadas, algunas vaginosis causada por *Streptococo* del grupo A, algunas especies de *Shigella* sp. Y el liquen escleroso atrófico. Las secreciones obtenidas (idealmente tomada del fórnix).

Se deben guardar en un tubo de ensayo con 1-2 ml de SSN para detectar movilidad de espermatozoides incluyendo el hisopo que tomo la muestra

(Los espermatozoides se detectan hasta 12 horas después de una relación sexual, siendo mayor la sobrevivencia a mayor presencia de moco cervical). Otra muestra se toma en 5 ml para detectar fosfatasa ácida (Se puede identificar hasta 22 horas en el caso de abuso y 30 después de una relación sexual con consentimiento). La glicoproteína p 30 de origen prostático se puede detectar hasta 47 horas después de relaciones sexuales con consentimiento. El lavado vaginal puede aumentar la posibilidad de obtener fosfatasa ácida, semen y hacer determinación de antígenos ABO. En caso que el evento haya ocurrido varios días antes, se debe tomar una citología. En caso de estar menstruando, se debe recolectar la toalla higiénica.

Posteriormente, se examina la región anal observando fisuras (tinciones con azul de toluidina, podría ser útil para teñir material que contenga ADN en la ceraciones).

Se debe practicar tacto rectal observando el tono del esfínter anal.

ABUSO SEXUAL Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Por las características de muchas de las ETS en los niños, es difícil determinar si una de ellas fue adquirida en el momento del parto en los menores de 18 meses, siendo necesario aclarar los antecedentes maternos antes de solicitar una medida de protección. Enf. como el HIV, pueden tener periodos de latencia mayores de un año. El estudio de enfermedades de transmisión sexual y la administración de profilaxis debe individualizarse. Sabiendo que generalmente la escogencia de monoterapia tiene como limitante es el de saber que un antibiótico no cubre todas las posibilidades de infección.

El riesgo para VIH es menor del 1%. No se indica de rutina la profilaxis antiretroviral, se debe individualizar cada caso, se debe racionalizar el uso de medicación en dichos casos según guías post-exposición en trabajadores de la salud. En cuanto a la Hepatitis B. Se aconseja en inicio de vacunación Hepatitis B post-exposición (sin IgG).

La primera dosis en la Primera visita Examen Inicial, Segunda dosis: 1-2 meses después y Tercera dosis: 4-6 meses después del evento.

El tamizaje para identificación de ETS incluye principalmente cultivo para clamidia y gonococo, para ello se deben tener en cuenta los periodos de incubación. Así como deberán tomarse estudios en fresco para T. Vaginalis, G. Vaginalis, hongos, Prueba de embarazo, serología VDRL, Hepatitis B y ELISA-HIV (y control 6, 12 y 24 semanas después, sí la de la primera visita fue negativa).

Según las recomendaciones se debe buscar cubrimiento para los patógenos de más rápida incubación y frecuencia sugiriéndose los siguientes esquemas según CDC 2002, dado la alta frecuencia de infección concomitante entre *N. Gonorrhoeae* y *C. Trachomatis* ante el diagnóstico de *N. Gonorrhoeae* debe darse tratamiento conjunto para clamidia (tabla N°1):

Tabla No. 1 Esquema profiláctico y terapéutico para infecciones por *N. Gonorrhoeae*, *C. Trachomatis* y vaginosis bacterianas según CDC 2002.

Patógeno	Tratamiento
<i>C. Trachomatis</i> *	1 g de azitromicina VO dosis única (ó 10 mg/kg) ○ 100mg. de doxiciclina VO c/12h por 7 días (sólo para >de 45kg.)
<i>N. Gonorrhoeae</i> *	125 mg. Ceftriaxona IM dosis única (250 mg en > 45 kg.) ○ 250 mg levofloxaxina ° por OV dosis única ○ 500 mg de ciprofloxacina por VO dosis única + Tratamiento para <i>C Trachomatis</i>
<i>Tricomonas y Vaginosis bacterianas</i> **	Metronidazol 500 mg V.O C/ 12h x 7 días (ó 30 mg/kg./día) Clindamicina 2% Crema Vaginal-c /24h nocturno (5g) x 5 días Metronidazol gel 0.75% u óvulos x 500 mg nocturno x 5 días

*Fuente: CDC and prevention. 2002. Guidelines for treatment of STD. Morbid Mortal Weekly Rep MMWR 2002;51 (N° RR-6):32-42.

** Fuente: CDC and prevention. 2002. Guidelines for treatment of STD. Morbid Mortal Weekly Rep MMWR 2002;51 (N° RR-6):42-44.

° El uso de fluoroquinolonas no se ha aprobado en < de 18 años riesgo de daño articular.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIAS

ESQUEMA DE YUZPE

La probabilidad de un embarazo en víctimas de abuso sexual es del 5%, siendo entre 14 y 17% probable en pacientes que se encuentran tres días antes de la ovulación. Recordar los mecanismos que evitan la fecundación a través de la inhibición aguda de la secreción de hormona luteinizante, previniendo la ovulación así como evitando la implantación. La eficacia de los anticonceptivos de urgencia se calcula en un 75 %.

El método de anticoncepción de urgencia más conocido es el de Yuzpe, nombrado así en honor al ginecoobstetra canadiense que lo estructuró por primera vez. Se requieren 200 mcg de etinilestradiol junto con 2.0 mg de norgestrel o 1.0 mg de levonorgestrel, fraccionados en dos dosis que se administran con 12 horas de intervalo. Se puede dar cualquier combinación de píldoras de las disponibles en el mercado para cubrir estos requerimientos; sin embargo, cuando se utilizan las de menor dosis, a menudo se rebasa la de estrógenos para cumplir con el mínimo de dosis de progestágeno. En febrero de 1997, la FDA publica los esquemas que hoy son mas aceptados. El esquema mas aceptado debe contener una dosis mínima de 120 mcg de etinil estradiol + 0.60 mg de progestagenos. Cada 12h por 2 dosis son suficientes para cubrir el riesgo de concepción indeseada. Un esquema practico propuesto será Si Prueba Gravindex negativa, Anticonceptivos antes de 72 h con Microgynon® (4 tab. iniciales y 4 tab. repetir a las 12 hrs) ó Neogynon® (Etinil-estradiol + Levonorgestrel) 2 tab. iniciales y repetir 2 tab. A las 12 hrs.

ASESORÍA EMOCIONAL EN NIÑO CON SOSPECHA Y/O VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

El pediatra y/ó medico responsable como líder del manejo del menor afectado debe estar en capacidad de identificar los mecanismos de defensa psicológica que presenta el niño abusado, como son: El secreto. Por el cual los niños no revelan los hechos (por coacción, amenaza, convencimiento o chantaje), Indefensión. Busca evitar lesiones visibles, por la baja resistencia ante el agresor el niño asume actitud de indiferencia., muchas vece de la mano con sentimientos de Retracción. Creando sentimientos de

ambivalencia e inseguridad, con incredulidad a que los adultos crean la versión de los hechos. Diferente a un papel activo que presenta un pequeño grupo de niños donde a través de la Incitación. Buscando proteger a los suyos. Desafortunadamente el amigo del subregistro ocurre debido a la Denuncia tardía. Y que sucede al existir una figura que brinde seguridad, ó al existir factores gatillo intrafamiliar ó simplemente al desaparecer el abuso ó el abusador.

A continuación presentamos una propuesta de formato historia clínica y unas guías de manejo unificadas que buscan un abordaje oportuno y eficaz de los niños con sospecha de abuso sexual. (ver anexo N° 1).

ANEXO No. 1.

H. SIMÓN BOLÍVAR SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
FORMATO HISTORIA CLÍNICA PACIENTE SOSPECHA A ABUSO SEXUAL

- Fecha: __/__/__ Hora valoración: _____
- Nombre : _____ Edad: _____ HC: _____
- Dirección actual: _____ Teléfono: _____
- Informante: (Nombre y relación) _____

Nota: Favor llene todos los ítems obligatoriamente

ANAMNESIS
(no omite detalle alguno)

Fecha y hora de agresión: _____ lugar: _____

Agresor

- Conocido. Qui en? (y/ó relación con el paciente) _____ Edad del agresor _____
- Desconocido.

Antecedente de abuso sexual anterior

- Si (especificar, inicio, frecuencia, sitio) _____
- No

Descripción del episodio por el niño(idealmente) y/ó acudiente(palabras textuales en lo posible)

- penetración: no ____ si ____ (cual?) ____ . No sabe
- penetración digital ó caricias: : no ____ si ____ .
- sexo orogenital: no ____ si ____ no sabe
- Eyaculación: no ____ si ____ no sabe

Desde el ataque el niño(a) ha:

- cambiado ropa: si ____ no ____ - comido/cepillado dientes: si ____ no ____
- aseo genital: si ____ no ____ - orinado/defecado: si ____ no ____

Antecedentes (citar los antecedentes médicos relevantes para la enfermedad actual):

- Menarquía: no_ si_ edad __. ciclos__x__ FUR__/_/_/__
- Vida sexual activa: no__si__ (pareja estable?) anticoncepción: si __ (describa)
- Antecedentes de ETS : no__ si __ (tratada?, cuando?) _____

REVISIÓN POR SISTEMAS

(específicos para la enfermedad. Actual)

- Indagar: Cambios comportamiento__ dolor abdominal __ dolor perineal __ enuresis
encopresis__ Disuria__ leucorrea__ emesis__
- Otros y/ó observaciones: _____

EXAMEN FÍSICO

- Signos vitales: FC: ___ ' FR: ___ ' TA ___/___ mmhg T: ___ C° Peso ___ Kg SC : ___M
- Aspecto general: _____
- Piel (signos de trauma y/o de SMI) describalos _____
- Cabeza normal cuello normal torax normal
- Abdomen normal osteomuscular normal neurológico normal
- (si hubo algún hallazgo anormal describalo) _____

- Cabeza normal cuello normal torax normal
- Abdomen normal osteomuscular normal neurológico normal
- (si hubo algún hallazgo anormal describalo) _____

EXAMEN GENITAL ESPECÍFICO.

(los hallazgos anormales graficarlos en el esquema adjunto, amplie si desea

- Tanner : _____
- Presencia de : sangre__ semen__ cabellos__ donde? _____
- Signos de ETS activo (chancros, condilomas, úlceras, etc..) describa _____
- Vulva, labios: abrasiones __ desgarros __ cicatrices __ observaciones _____

- Himen: desfloramiento abrasiones cicatrización (precisar en sentido de manecillas de reloj), describa _____
- Vagina y cuello uterino hemorragia __ laceraciones __ cuerpo Extraño __
- Ano: desgarros __ abrasiones __ cicatrizaciones __ describa _____

- Pene y escroto: describa aspecto y alteraciones _____

IDX. DIAGNOSTICA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



muestras recolectadas*:

Recomendaciones técnicas

- En piel : - (la lampara de wood marca semen de coloración verde ó azul Brillante)
- orofaringe : - (frotis de mucosa oral e Inter Encias, cultivos de amigdalas, esputo).
- Perine:
 - Frotis vaginal - (2 hisopos humedecidos con SSN, secar al aire)
 - Frotis rectal - (2 hisopos humedecidos con SSN, secar al aire)
 - Vello púbico - (peine suavemente, guardar los desprendidos en una toalla de papel, luego Hale ó corte 10-15 vellos púbicos guarde en otra toalla de papel)
- Cultivos - (Para N. gonorhoeae y C. Trachomatis, de vagina cuello y Recto)
- Cabello - (hale y obtenga 15 cabellos coloque en toalla de papel).
- Sangre - (se individualizara siempre en cada situación: gravindex, HIV, HBV)
- Ropa - (desvista el niño, sobre 2 sábanas en el suelo, la primera cubrirá la Ropa, si Evidencia manchas, cubralas con un trozo de papel, finalmente Envuelva toda la ropa)
- Toxicología - Toxicología (especifique)

* En todos los caso no olvide rotular, sellar, todas las muestras. Los frotis se envían en tubos de ensayo de tapa roja.

- Paraclínicos _____ Cultivos para N. Gonorrea. Trachomatis
 _____ Estudios en fresco: _ T. Vaginalis, _ G. Vaginalis, _ hongos,
 _____ Prueba de embarazo,
 Inmunológicas: _ HIV, _ HepatitisB, _ Comisaría de Familia
 _____ Psicología : IML _ Policia _____
- Notificación:** T. de social _____ grupo de buen trato _____ ICBF _____ Comisaría de Familia _____
 Psicología _____ IML _____ Policia _____

FIRMA DEL RESPONSABLE

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Burstein G, Murray Pamela. Diagnostico y Tratamiento de infecciones de transmisión sexual entre adolescentes. Pediatrics in Review Vol 24 N° 9.2003: 323-329.
2. CDC .Guidelines For treatment of STD. Morbid Mortal Weekly Rep MMWR 2002;51 (N° RR-6):32-42.
3. CDC. Guidelines For treatment of STD. Morbid Mortal Weekly Rep MMWR 2002;51 (N° RR-6):42-44.
4. Lago B Gabriel. El maltrato infantil, abuso sexual. Fasciculo 5 Schering-plough 2000: 1-12.
5. Monteleone, J.A. Child Maltreat-ment. A Clinical Guide and Reference. GWM Mosby. 1994 . ISBN 1 -878060- 10-4.
6. Fundación RENACER. Abuso sexual. 2002. pag: 2-12.
7. Instituto de Medicina Legal y ciencias Forenses. Estadísticas maltrato infantil. Ministerio Gobierno y Justicia 2003. Pág: 12-20.
8. Newell AR .TREATMENT OF THE ADOLESCENT SURVIVOR OF SEXUAL ASSAULT. - Clin Fam Pract - 2000 Dec; 2(4); 883-917.
9. Bechtel K. Evaluation of the adolescent rape victim. - Pediatr Clin North Am - 01-Aug-1999; 46(4): 809-23.
10. Gray-Eurom K The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. Ann Emerg Med - 01-Jan-2002; 39(1): 39-46
11. Kaplan DW .Care of the adolescent sexual assault victim. - Pediatrics - 01-Jun-2001; 107(6): 1476-9.
12. King NJ .Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry - 01-Nov-2000; 39(11): 1347-55.

13. Adademy of Child and Adolescent Psychiatry Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others.- J Am Acad Child Adollesc Psychiatry - 01-Jan-2000; 39(1): 127-30.
14. AAP updates its guidelines for evaluation of sexual abuse. American Academy of Pediatrics. 1999. 133-136.
15. Wiest DR .Empiric treatment of gonorrhoea and chlamydia in the ED. Am J Emerg Med - 01-Jul-2001; 19(4): 274-5.

LOS ÁCIDOS GRASOS *TRANS* Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD

SILVANA DADÁN M¹

RESUMEN

Los ácidos grasos *trans* difieren de sus isómeros *cis* en la disposición espacial de sus hidrógenos unidos a los carbonos del doble enlace. Sin embargo, esa simple variación está vinculada a la génesis de diferentes entidades patológicas entre ellos, a los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, la alteración de las vías de los ácidos grasos esenciales, la resistencia a la insulina y el desarrollo de cáncer como el de seno. Dadas las características de la alimentación actual, donde los mayores contribuyentes de *trans* son los productos de pastelería y panadería (los aceites vegetales hidrogenados son parte de su materia prima), es importante como profesionales de la salud tomar conciencia y reunir suficiente documentación respecto a este tipo de grasas consideradas inocuas. El presente artículo es un resumen que pretende introducir a esta temática de trascendencia para la salud y muy especialmente para la calidad de vida, crecimiento y desarrollo de niños y jóvenes.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años atrás, la comunidad científica enfocaba su trabajo al estudio general de las grasas y muy particularmente al grupo de las grasas saturadas, vinculándolas a dife-

¹Nutricionista Dietista Universidad de Buenos Aires
Magister en Nutrición Clínica, INTA
Universidad de Chile
Directora del Programa Nutrición y Salud
Cenipalma
Correspondencia: Dra. Silvana Dadán
sdadan@cenipalma.org

rentes entidades patológicas, principalmente, como factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. No obstante, las evidencias crecientes señalan un flagelo mayor para la salud: los ácidos grasos *trans*.

¿QUÉ SON LOS ÁCIDOS GRASOS *TRANS*? ¿DÓNDE LOS ENCONTRAMOS?

Son ácidos grasos insaturados de 18 carbonos en los que, al menos, un doble enlace está en posición *trans* (figura 1). Existen dos tipos de *trans*, los generados naturalmente en el rumen de los animales y los que resultan del proceso de hidrogenación de los aceites vegetales (maíz, soya, girasol, canola, maní, cártamo, algodón) para hacerlos más estables y facilitar su solidificación (Himmelsbach 2004).

A los fines de este artículo, se usará el término "*trans*" como sinónimo de los isómeros generados en el proceso de hidrogenación y se describen los efectos de estos sobre la salud. Lo anterior, tiene como soporte algunas evidencias experimentales que muestran que el comportamiento de los *trans* de origen natural (Belury ^(a) 2002, Belury ^(b) 2002), presentes en la grasa de los lácteos y en algunas carnes, es diferente (de manera positiva) al de los *trans* hidrogenados.

Además, cuando se evalúan los aportes de *trans* derivados de ambas fuentes, la mayor contribución resulta de margarinas y shortenings¹, y más aún, de los productos de panadería, pastelería, golosinas, dulces, chocolates, pasabocas que los utilizan como materia prima (tabla 1). Esto se muestra en varias encuestas realizadas en distintas poblaciones a nivel mundial (Enriquez 2003, Semma 2002, Innis 1999).

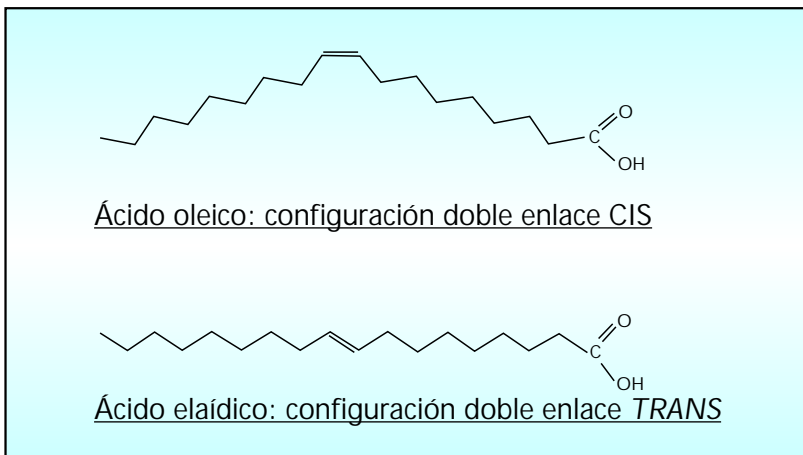


Figura No.1. Ácidos grasos según configuración de doble enlace *cis-trans*

Fuente: Mensink, R. N Engl J Med 1990

¹ Aceite vegetal hidrogenado, 100% de materia sólida grasa (sin agua).

Tabla No. 1. Contenido de ácidos grasos *trans* en algunos alimentos

Productos animales	Ácidos grasos <i>trans</i> (gramos)
Carne roja (150 g)	0.9
Mantequilla (1 cda)	0.1
Pollo (150 g)	0.1
Cerdo (150 g)	0.1
Grasas vegetales	Ácidos grasos <i>trans</i> (gramos)
Margarina blanda (1cda)	0.27 (0.14 - 0.48)
Margarina compacta (1 cda)	0.62 (0.37-0.93)
Shortenings (1 cda)	0.63
Comida rápida y productos comerciales	Ácidos grasos <i>trans</i> (gramos)
Torta (1 porción)	1.04
Galletas de dulce (1 unidad)	0.86
Galletas de sal (1 unidad)	0.12
Danish pastry (1 unidad)	3.03
Donut (1 unidad)	0.44-3.19
Papas a la francesa (120 g)	2.41-3.43
Muffins (1 unidad)	0.09
Papas de paquete (30 g)	0.11
Pizza (1 porción)	0.13

Adaptado de: New England J Med 1993; 329 (26): 1970

¿CUÁNTO SE CONSUME A NIVEL MUNDIAL?

En cuanto al consumo de *trans*, se ha observado un rango considerablemente amplio de ingesta alrededor del mundo. Entre los países que encabezan la lista como mayores consumidores de ácidos grasos *trans* está Canadá, con cerca de 10-16 g/día o el equivalente a un 5% del total de energía diaria y esto se relaciona principalmente, con el consumo de productos de pastelería y panadería (Innis 1999).

En Estados Unidos, se presentan consumos intermedios (Harnack 2003), alrededor de 6.2 gramos por día (equivalente a 2.2% del total de energía). En el caso de Europa, dos grandes estudios muestran que la ingesta fluctúa

dentro de ciertos márgenes, como por ejemplo en Holanda entre 4-10 g/persona/día y en España alrededor de 2.5 g/persona/día (van Poppel 1998). En Colombia, no existen datos respecto al tema.

En general, la tendencia mundial demuestra preocupación y toma de conciencia de los consumidores, industrias y de los profesionales de la salud, observándose una disminución en el consumo de *trans* desde la década de 1980 hasta la actualidad.

LÍMITES DE CONSUMO DE ÁCIDOS GRASOS *TRANS*

Aunque no existen investigaciones determinantes en este sentido, algunos autores postulan que se debe limitar el consumo de ácidos grasos *trans* a un máximo de 10g por día (Enriquez 2003), otros, como el Consejo de Nutrición de Dinamarca hablan de 2 g por día (Stender 2004) o un equivalente al 1% del total de energía consumida diariamente (Institute of Medicine 2002). El límite en el consumo puede variar según el grado de ejercicio físico de la persona así como con la ingesta concomitante de ácidos grasos esenciales.

Hu y colaboradores, en el estudio de las enfermeras en Estados Unidos, concluyeron que un consumo de *trans* cercano al 2% de la energía total diaria resulta en un incremento del 93% en el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Las recomendaciones de diferentes organizaciones en Estados Unidos (FDA) y Europa (Comisión de las comunidades europeas), establecen que los *trans* no deben superar el 1% del total de las calorías diarias (alrededor de 4 g/persona/día).

IMPACTO EN LA SALUD

Durante décadas los profesionales de la salud y algunas asociaciones, emprendieron fuertes campañas contra los ácidos grasos saturados y apoyaron el consumo de grasas vegetales hidrogenadas, asumiendo que estos *trans* derivados de aceites vegetales eran más saludables que los saturados.

No obstante, la evidencia sobre los *trans* y sus efectos nocivos sobre la salud, han superado en un margen considerable a las grasas saturadas (Sundram 1997, Ascherio 1999, Semma 2002, Stender 2004).

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LOS *TRANS* SOBRE LA SALUD DEL SER HUMANO?

a. Perfil lipídico

Se ha visto que los *trans* aumentan el colesterol total, el colesterol LDL y además, *disminuyen* el colesterol HDL (Mensink 1990, Sundram 1997, Semma 2002).

Cabe resaltar que, el efecto más notorio y en el que coinciden varios estudios es la alteración negativa de la relación colesterol total/HDL o colesterol LDL/HDL (Institute of Medicine 2002, Semma 2002).

Además, se ha encontrado que propician el aumento de los niveles de la lipoproteína (a) Lp(a) (Enriquez 2003, Sundram 1997). Es sabido que, las concentraciones de Lp (a) se relacionan tanto con las enfermedades cardiovasculares como con las cerebrovasculares (Lichtenstein 1999).

b. Trombos y función endotelial

Los *trans* parecen fomentar la síntesis de eicosanoides, tales como prostaglandinas (PG₂) y tromboxanos de las series aterogénicas, disminuyendo las de las series antiaterogénicas (PG₁ y PG₃) (Enriquez 2003).

También, se ha visto que la función endotelial puede comprometerse (de Roos 2001).

c. Enfermedad cardiovascular

Como los *trans* determinan el aumento de algunos de los principales factores de riesgo vinculados con la enfermedad cardíaca coronaria (Oomen 2001), al tiempo, ascienden el riesgo de padecerla y es paralelo al incremento en el consumo de los mismos (efecto dosis-dependiente). Su efecto supera, gramo a gramo, el impacto que se le adjudica a los ácidos grasos saturados analizados globalmente (Hu 1997).

d. Infarto de miocardio

Algunos datos muestran que el consumo de *trans* de larga data, se correlaciona con una mayor incidencia de infarto de miocardio (Ascherio 1997) y cardiopatía isquémica (Enriquez 2003).

e. Resistencia a la insulina, síndrome metabólico y diabetes mellitus

Se ha observado que los *trans* favorecen desórdenes metabólicos vinculados con la resistencia a la insulina y este mecanismo es la base de *trans* en la leche materna y los niveles de *trans* en la sangre del lactante (Innis 1999).

f. Cáncer

Algunos cánceres como el de seno, colon y recto se han relacionado positivamente con el consumo de ácidos grasos *trans* (Enriquez 2003, Stender 2004).

g. Respuesta inmune

Se ha propuesto que los *trans*, especialmente dietas con alto contenido en los mismos, pueden afectar la respuesta inflamatoria y favorecer, entre otras, la generación de citoquinas (IL-6, FNT).

Además, se ha observado un incremento en los niveles de ciertas inmunoglobulinas (IgG) y de algunos tipos de linfocitos (CD₄, CD₈, T). También, se ha demostrado una fuerte asociación entre algunos signos relacionados con alergias respiratorias y asma y el consumo de *trans* (Semma 2002).

h. Utilización de ácidos grasos esenciales

En algunos estudios hechos en animales y en seres humanos se ha visto que los ácidos grasos *trans* parecen impedir el uso de los ácidos grasos esenciales (AGE) y la formación de sus derivados (Koleztko 1995). Básicamente, se ha observado que la acción de las desaturasas y elongasas vinculadas al proceso, se afecta ante la presencia de los *trans* ya que ellos compiten con los AGE por esas enzimas. Lo anterior, entre otros, obstaculiza la producción del ácido araquidónico (AA) y del ácido docosahexaenoico (DHE), los cuales son fundamentales para el crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente de la retina y del sistema nervioso (Ballabriga 2000).

i. Lactancia materna, peso y longitud al nacer

Ciertas investigaciones han mostrado que recién nacidos de madres con consumos moderados y altos de *trans*, tienen bajo peso al nacer e incluso se afecta su longitud (Elias 2001).

Además, se ha advertido una gran correlación entre el contenido de *trans* en la dieta de la mamá y los niveles de *trans* presentes en el cordón umbilical (Decsi 2001). También, se ha encontrado una relación positiva entre los niveles de consumo en la mamá, los valores de *trans* en la leche materna y los niveles de *trans* en la sangre del lactante (Innis 1999).

Lo anteriormente expuesto, es de gran trascendencia ya que si se considera que los *trans* parecen interferir en la disposición de los ácidos grasos esenciales, por ende, los *trans* podrían afectar el crecimiento y desarrollo del niño, conllevando a desórdenes neurológicos y/o visuales.

ETIQUETADO NUTRICIONAL

De lo revisado en este artículo, se deducen numerosas razones que justifican la premura de algunas entidades y organizaciones dedicadas a legislar en el área de la salud (FDA en Estados Unidos, DNC³ en Dinamarca, Comisión de las comunidades europeas), que luchan por la declaración de los ácidos grasos *trans* en la etiqueta de los alimentos que los incluyen. Además, es importante que en las etiquetas de dichos alimentos-fuente de *trans*, quede constancia de su presencia de manera independiente de los ácidos grasos saturados, ya que su comportamiento y consecuencias en la salud son bien diferentes. Del mismo modo, es imprescindible que la comida rápida sea etiquetada, creando conciencia en los consumidores de su contenido en grasas *trans*.

Es importante reflexionar y considerar las implicaciones de un consumo excesivo de fuentes de *trans* y fundamentalmente, su impacto en la salud de los niños y en la calidad de su vida futura.

Agradecimientos:

A los nutricionistas Paola Yanquen y David López por su colaboración con la búsqueda bibliográfica.

³ Danish Nutrition Council

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ascherio, A et al. Trans-fatty acid intake and risk of myocardial infarction. *Circulation* 1994; 89: 94-101.
2. Ascherio, A et al. Trans fatty acids and coronary heart disease. *N Engl J Med* 1999; 340 (25): 1994-1998.
3. Ballabriga, A et al. Los ácidos grasos en la nutrición de la infancia (Cap 8). En: *Nutrición en la Infancia y adolescencia*. ERGON, 2da ed., España, 2000.
4. Belury ^(a), M. Not all trans-fatty acids are alike: What consumers may lose when we oversimplify nutrition facts. *J Am Diet Assoc* 2002; 102 (11): 1606-1607.
5. Belury ^(b), M. Dietary conjugated linoleic acid in health: physiological effects and mechanisms of action. *Annu.Rev.Nutr.* 2002; 22: 505-531.
6. Comisión de las comunidades europeas. Propuesta de reglamento del parlamento europeo y del consejo sobre las alegaciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. Bruselas, 2003.
7. Decsi, T et al. Inverse association between trans isomeric and long chain polyunsaturated fatty acids in cordon blood lipids of full-term infants. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:364-368.
8. de Roos, N et al. Replacement of dietary saturated fatty acids by trans fatty acids lowers serum HDL cholesterol and impairs endothelial function in healthy men and women. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2001; 21: 1233-1237.
9. Elias, S et al. Infant plasma trans, n-6, n-3 fatty acids and conjugated linoleic acids are related to maternal plasma fatty acids, length of gestation, and birth weight and length. *Am J Clin Nutr* 2001; 73: 807-14.
10. Enríquez, L et al. Ácidos grasos trans y nutrición. *Endocrinol Nutr* 2003; 50 (8): 317-323.

11. Harnack, L et al. Trends in the trans-fatty acid composition of the diet in a metropolitan area : The Minnesota Heart Survey. *J Am Diet Assoc* 2003; 103 (9): 1160-1166.
12. Himmelsbach, W et al. Increased productivity in hydrogenation of edible fats and oils. *Oil Mill Gazetteer* 2004; 109: 11-16.
13. Hu, F et al. Dietary fatty intake and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1997; 337: 1491-99.
14. Innis, S et al. trans fatty acids in human milk are inversely associated with concentrations of essential all-cis-n-6 and n-3 fatty acids in plasma lipids of breast-fed infants. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 383-90.
15. Institute of Medicine. Letter report on Dietary Reference Intakes for trans fatty acids. National Academy of Science Press, Washington DC, 2002.
16. Koletzko, B et al. Letters to the editor. *Lancet* 1995; 345: 1107-1108.
17. Lichtenstein, A et al. Effects of different forms of dietary hydrogenated fats on serum lipoprotein cholesterol levels. *N Engl J Med* 1999; 340: 1933-1940.
18. Litin, L. Trans-fatty-acid content of common foods. *N Engl J Med* 1993; 329 (26): 1969-1970.
19. Mensink, R et al. Effect of dietary trans fatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in healthy subjects. *N Engl J Med* 1990; 323: 439-445.
20. Oomen, C et al. Association between trans fatty acid intake and 10-year risk of coronary heart disease in the Zutphen Elderly Study: a prospective population-based study. *Lancet* 2001; 357: 746-751.
21. Salmeron, J et al. Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. *Am J Clin Nutr* 2001; 73: 1019-1026.
22. Semma, M. Trans fatty acids: Properties, benefits and risks. *J Health Sci* 2002; 48 (1): 7-13.

23. Stender, S et al. Influence of Trans fatty acids on health. *Ann Nutr Metab* 2004; 48: 61-66.
24. Sundram, K et al. Trans (Elaidic) fatty acids adversely affect the lipoprotein profile relative to specific saturated fatty acids in humans. *J Nutr* 1997; 127: 514S-520S.
25. Van Poppel, G. Intake of trans fatty acids in western Europe: the TRANSFAIR study. *Lancet* 1998; 351:1099.
26. Yurawecs, M. FDA requires mandatory labeling of trans fat. *Inform* 2004; 15(3): 184-185.