

BUDESONIDA NEBULIZADA FRENTE A
ESTEROIDES ORALES EN LAS EXACERBACIONES
SEVERAS DE ASMA EN NIÑOS

*Nebulized budesonide versus oral steroid in
severe exacerbations of childhood asthma*

**Matthews EE, Curtis PD, McLain BI,
Turbitt ML.**

Acta Paediatr 1999; 88: 841-3,

Fueron seleccionados 46 niños de 5 a 15 años que acudieron a 9 hospitales del Reino Unido con asma severa, excluyendo aquellos con riesgo vital (consideran que existe riesgo vital si hay bradicardia o hipotensión, saturación de oxígeno menor del 90% respirando aire ambiente, uso concomitante de aminofilina intravenosa o agonista β_2 intravenoso o subcutáneo, o ipratropio/oxitropio nebulizados).

Los 46 pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. Ambos grupos fueron tratados con terbutalina nebulizada como broncodilatador. Un grupo se trató, además, con prednisolona oral (2 mg/kg al inicio del tratamiento y una segunda dosis igual a las 24 horas, con máximo de 40 mg por dosis) y nebulizaciones de placebo. El otro grupo se trató con pastillas de placebo (en lugar de prednisolona), y budesonida nebulizada (2mg/8h 3 dosis con apa-

rato nebulizador y después 800 microgramos al día con sistema turbuhaler).

Con respecto a los valores basales (clínicos, espirométricos y gasométricos), el grupo tratado con budesonida inhalada mejoró significativamente más que el tratado con prednisolona oral en el flujo espiratorio pico (PEF). En todos los demás parámetros valorados las diferencias no resultaron significativas.

Los autores concluyen que la budesonida es al menos tan eficaz como los corticoides orales en este tipo de pacientes.

Comentarios: Existen otros estudios con los mismos objetivos y conclusiones similares (Devidayal et al. *Acta Paediatr* 1999; 88: 835-40). No obstante, hay que valorar si el pequeño beneficio clínico obtenido compensa el gasto (la budesonida nebulizada es mucho más cara que la prednisolona oral).

EVALUACIÓN CLÍNICA Y POLISOMNOGRÁFICA
DE NIÑOS CON SÍNDROME DE APNEA
OBSTRUCTIVA

Villa JR y cols.

Acta Pediatr Esp 2000; 58: 16-22

En este estudio original se analizan las diferencias en los parámetros clínicos y polisomnográficos antes y después de la cirugía en un grupo de niños con SAOS

(Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño) sometidos a adenoamigdalectomía.

Evaluaron a 36 niños con edades entre 1 y 12 años diagnosticados de SAOS e hipertrofia adenoamigdalar que fueron tratados con adenoamigdalectomía y observaron una mejoría significativa tanto en los parámetros clínicos como polisomnográficos: reducción de los periodos obstructivos, y mejoría en los parámetros de oximetría.

Concluyen que los niños con hipertrofia adenoamigdalar y SAOS asociado mejoran después de la cirugía.

GAMMAGRAFÍA CON TECNECIO-99-ÁCIDO-DIMERCAPTOSUCCÍNICO (DMSA)
EN EL ESTUDIO DE LA PRIMERA INFECCIÓN
URINARIA FEBRIL EN EL NIÑO

**Martín Aguado MJ, Canals Baeza A,
Vioque López J, Tarazona JL,
Flores Serrano J.**

An Esp Pediatr 2000; 52: 23-30.

Estudio prospectivo sobre 103 pacientes pediátricos (1 mes a 10 años) con una primera infección urinaria (ITU) febril evaluando la correlación entre los parámetros clínico analíticos y otros estudios de imagen, con los hallazgos del DMSA. Más del 50% de los niños con su primera ITU febril presentaron alteración del DMSA, siendo recomendable la realización de ésta entre la primera y se-

gunda semana. Mediante pruebas como el DMSA se aumenta la sensibilidad y especificidad para establecer el grado de afectación renal en las ITUs febriles. Los autores concluyen que existe una asociación de DMSA patológico con la edad (sobre todo los mayores de 2 años), la elevación de la proteína C reactiva y la alteración del volumen renal por ecografía, concordancia no establecida por igual en todos los estudios. No existió asociación ni con el grado ni con la duración de la fiebre en aquellos con DMSA patológico. No existió una adecuada correlación entre un DMSA patológico y la presencia de reflujo vesicoureteral. No todos los hospitales disponen de esta técnica y algunos autores consideran que no debe hacerse de rutina debiendo reservarse para casos de diagnóstico difícil y su utilidad podría estar más en el seguimiento ya que las lesiones agudas se curan en tres cuartas partes y las crónicas no se modifican.

POLÍTICAS DE VACUNACIÓN: DERECHOS
INDIVIDUALES FRENTE A SALUD PÚBLICA
VACCINATION POLICIES: INDIVIDUAL
RIGHTS VERSUS COMMUNITY HEALTH

King S.

BMJ 1999; 319: 1448-1449

Este trabajo aprovecha los resultados, poco favorables, de un programa de

vacunación anti-rubeóla en Grecia, para plantear algunas cuestiones interesantes generalmente poco debatidas.

Cuando las estrategias de lucha contra alguna enfermedad mediante vacunación sistemática tienen éxito, el riesgo de adquirir la enfermedad disminuye hasta niveles realmente bajos, por lo que los efectos adversos de la vacuna adquieren mayor relevancia. En los países desarrollados se da gran importancia a los derechos individuales, y algunas personas pueden optar por evitar la vacuna ya que el riesgo de adquirir la enfermedad es realmente bajo. Pero si estas actitudes se extienden, disminuyendo la cobertura vacunal a niveles críticos, peligran los niveles de inmunidad de grupo, exponiéndose a un rebrote de la enfermedad.

En los países desarrollados, la única forma de compatibilizar los derechos individuales y la salud pública precisaría de la utilización de vacunas exentas de efectos adversos relevantes y de la puesta en marcha de estrategias que lleven a la erradicación de la enfermedad con lo que puede plantearse la supresión de la vacuna.

La experiencia griega referida (un programa de vacunación mal planteado que ha conducido a una pérdida de credibilidad de los programas de vacuna-

ción), lleva a los autores a concluir que es necesario plantear con garantías y decisión las acciones que lleven a alcanzar y mantener altos los niveles de cobertura vacunal.

HERENCIA EN LA OTITIS MEDIA:

UN ESTUDIO SOBRE GEMELOS Y TRILLIZOS

THE HERITABILITY OF OTITIS MEDIA; A TWIN AND TRIPLET STUDY

Casselbrant ML, Mandel EM, Fall PA et al.

JAMA, 1999; 282: 2125-2130

FUERTES EVIDENCIAS EN LA PARTICIPACIÓN DE FACTORES GENÉTICOS

EN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA OTITIS MEDIA
Susceptibility to otitis media; strong evidence that genetics plays a role.

Ehrlich GD y Post JC.

JAMA, 1999; 282: 2167-2168

En el primero de los trabajos se exponen los resultados de un estudio prospectivo sobre una población de 168 gemelos y 7 grupos de trillizos, todas del mismo sexo en cada grupo, y que compartieron factores ambientales. Los autores encuentran un mayor grado de concordancia entre los gemelos y trillizos monocigóticos que en los dicigóticos, en lo que se refiere al número de episodios de otitis media aguda y la duración de la otitis serosa, por lo que concluyen que

hay un importante componente genético en lo referente al número y duración de los episodios de otitis media aguda.

En el segundo de los trabajos referidos se discute la importancia de los hallazgos anteriores y se plantea la posible conveniencia de identificar los pacientes con riesgo en base a estos hallazgos y someterlos a una vigilancia y control estrechos con objeto de disminuir en ellos la incidencia de infecciones de oído medio, otitis serosa e hipoacusia.

LA IMPORTANCIA DEL DESAYUNO SOBRE
LA INGESTA DIARIA RECOMENDADA
DE CALCIO EN UN GRUPO DE ESCOLARES
*The importance of breakfast in
meeting daily recommended calcium
intake in a group of schoolchildren*

**Ortega RM, Requejo AM,
López-Sobaler AM y cols.**

J Am Coll Nutr 1998; 17: 19-24

Los autores estudiaron la dieta diaria y calcularon el calcio ingerido en una semana por un grupo de 118 niños y 82 niñas de 9 a 13 años residentes en Madrid. El nivel sociocultural de sus familias fue medio o bajo.

El 65,3% de los varones y el 80,5% de las niñas tomaron menos de la cantidad diaria recomendada de calcio.

La ingesta de leche y derivados fue de $412,8 \pm 185,3$ g al día en los varones y

de $368,2 \pm 159,2$ g al día en las niñas. De esta cantidad, algo más de la mitad correspondía a lo ingerido en el desayuno, durante el cual el 95,5% tomaban leche. Quienes tomaban más leche y calorías en el desayuno tenían una ingesta de calcio, leche y derivados a lo largo del día también más alta.

Aconsejan que se incremente la ingesta de productos lácteos. Consideran necesario analizar cómo adquieren los niños sus hábitos alimentarios para diseñar campañas de educación adecuadas.

Comentarios: Otros autores coinciden en señalar que los niños españoles actuales toman poco calcio (Pavón y cols. *Pediátrika* 1999; Supl 1:36-43; Sarriá y cols. *Nutrición en Pediatría*, editorial Ergón, 1999, 263-8). En niños de 1 a 10 años se aconseja una ingesta diaria de unos 800 mg. de calcio, aumentando a 1.200 en adolescentes. Para lograrlo, la ingesta mínima aconsejable serían 500 y 750 ml. de leche o derivados respectivamente. La leche no es la única fuente de calcio, pero si es la mejor. Esta ingesta es difícil de conseguir si se toma poca leche en el desayuno. Los desayunos españoles son típicamente escasos en todo, siendo quizá peores aún entre adolescentes (Casas J. *Pediatr Integral* 1999; 1:213-21). En los controles del niño sano no hay que descuidar estos consejos.

AVANCES EN LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES POR EL VIRUS
RESPIRATORIO SINCITAL
*Advances in prevention of
respiratory syncytial virus infections*
Prober C G, and Sullender W H.
J Pediatr 1999; 135: 546-558

En esta revisión los autores describen la estructura del VRS y su capacidad para producir reinfecciones.

Respecto al tratamiento opinan que la Ribavirina no ha demostrado ser del todo eficaz.

Acerca de las inmunoglobulinas RSV-IVIG destacan que a pesar de reducir la frecuencia de hospitalizaciones, no reducen la mortalidad e incluso la aumentan en niños con cardiopatía; interfieren con la vacuna triple vírica, su administración es intravenosa y su precio muy caro (5.000 dólares/tratamiento).

Los anticuerpos monoclonales reducen la hospitalización, se administran intramuscularmente, una vez al mes en la época epidémica, también son caros (900 dólares la dosis) y tampoco disminuyen la mortalidad.

Las vacunas están en fase de ensayo clínico.

El lavado de manos es fundamental para controlar la infección en pacientes hospitalizados.

FACTORES ASOCIADOS
AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS
EN LA POBLACIÓN INFANTIL
Rajmil I, Ruiz C, Seguí J L y col.
Med Clin 2000; 114: 214-216.

En la sección de originales breves de la revista, aparece este artículo que pretende analizar los factores determinantes del consumo de medicamentos en la población infantil.

El método para el estudio fue el análisis de las entrevistas a los menores de 15 años de la Encuesta de Salud de Cataluña. En la encuesta se preguntaba sobre el consumo de medicamentos en los 2 días previos.

Los resultados fueron que la frecuencia del consumo era de un 25%. Era más elevada en los lactantes y preescolares y por otro lado en este grupo de edad también era más frecuente el consumo de medicamentos de baja utilidad terapéutica. La visita al médico, y el declarar algún problema de salud, eran otros factores que favorecían el consumo de fármacos.

En la discusión se ponen de manifiesto las limitaciones del estudio: el periodo recordatorio 2 días puede limitar el número de niños que declaran consumir medicamentos, no se recogió el motivo por el que se consumió el fármaco por lo que no se ha podido analizar la ade-

cuación del tratamiento al diagnóstico, tampoco se ha analizado la automedicación ni el tipo de profesional sanitario que realiza la prescripción.

TRATAMIENTO ANTENATAL
CON GLUCOCORTICOIDES Y LEUCOMALACIA
PERIVENTRICULAR QUÍSTICA EN LACTANTES
MUY PREMATUROS

Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants

Baud O, Foix-L'helias I, Kaminski M, Audibert F, Jarreau P, Papiernik E, Huon C, Lepercq J, Dehan M, Lacaze-Masmonteil T.

N Eng J Med, 1999; 341: 1190-1196

Análisis retrospectivo de una cohorte de 883 prematuros de edad gestacional entre 24 y 31 semanas nacidos durante tres años en tres centros hospitalarios de París. El objetivo del trabajo es estudiar el efecto de los glucocorticoides antenatales (de demostrada eficacia en la prevención del distress respiratorio y de la hemorragia ventricular) en la incidencia de leucomalacia periventricular, causa principal de parálisis cerebral en los prematuros.

361 madres recibieron betametasona antes del parto, 165 recibieron dexametasona y 357 no recibieron glucocorticoides.

Apareció leucomalacia periventricular en el 4.4% del grupo que recibió betametasona, 11.0% del grupo que recibió dexametasona y 8.4% de los que no recibieron glucocorticoides. Tras ajustar los resultados para otros factores de riesgo, la betametasona aún se ajustó a menor riesgo de leucomalacia periventricular.

Este estudio, tal como comenta una editorial del mismo número, es un análisis polémico, no controlado y retrospectivo que sienta las bases para un estudio controlado y prospectivo.

Los autores concluyen que la exposición antenatal a betametasona pero no a dexametasona se asocia a menor riesgo de leucomalacia periventricular en prematuros.

CONTAGIO EXTENSIVO DE MYCOBACTERIUM
TUBERCULOSIS A PARTIR DE UN NIÑO

Extensive transmission of mycobacterium tuberculosis from a child

Curtis A, Ridzon R, Vogel R, Mc Donough S, Hargreaves J, Ferry J, Valway S, Onorato I.

N Eng J Med 1999; 341: 1491-95

Es la descripción de un caso de tuberculosis cavitaria en un niño de 9 años procedente de las islas Marshall (Pacífico), que tras 2 años conviviendo con su familia adoptante estadounidense se

diagnosticó por detectarse osteomielitis tuberculosa en su cuidadora.

La investigación de los 276 contactos del niño mostró 56 (20 %) con tuberculina positiva, incluyendo convivientes, contactos escolares, conductores de autobús, etc.

Este caso demuestra que un niño puede transmitir la tuberculosis a un importante número de contactos.

Este artículo es la base para una interesante editorial publicada en el mismo número, que con el título de "Cuidando de los niños adoptados internacionalmente" (Caring for internationally adopted children): una llamada de atención sobre la necesidad de hacer tests de screening exhaustivos en estos niños. No se deben aceptar como buenos los tests y análisis realizados en el país de origen del niño ya que los laboratorios no son fiables o bien el niño puede resultar infectado después de que se haya hecho el análisis. Recomiendan hacer detección de: intoxicación por plomo, hepatitis B y C, HIV, sífilis congénita, parásitos intestinales y tuberculosis (test de mantoux), anemia, enfermedad renal y tiroidea, defectos auditivos y visuales y enfermedades metabólicas neonatales si es necesario, así como monitorización cuidadosa del crecimiento y desarrollo.

Las vacunas deben repetirse o hacer serologías. El test de la hepatitis B y C y HIV deben repetirse en todos los niños 4 a 6 meses después de la llegada para identificar a los niños a los que se hizo el screening en un período seronegativo. Dado que el mantoux puede estar atenuado por la malnutrición, la administración de vacunas de virus vivos u otros factores, debiera hacerse un segundo mantoux seis meses después de la llegada.

LAS CONSECUENCIAS NO INTENCIONADAS DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care

Casalino L

N Eng J Med 1999; 341: 1539-40

Es un artículo de opinión que comenta la tan actual situación de la medicina hoy día en que se nos exigen registros de multitud de actividades que no siempre reflejan, según el autor, la calidad de nuestra asistencia. Vemos que en EE.UU. el descontento de los médicos es similar al nuestro.

El autor explica que esta obsesión por medir la calidad puede llevar a una distribución no adecuada de los recursos, por ejemplo del tiempo del médico, que es limitado. Si tenemos en cuenta que la

mayoría de lo que hacen los médicos por los enfermos no se mide, al premiar un número limitado de actividades se puede llegar a dedicar menor esfuerzo (y menor calidad) a tareas que son igualmente importantes. Por otro lado, el tipo de medidas de calidad que se usen pueden primar un determinado tipo de centro médico, por ejemplo, grandes organizaciones dejando en desventaja a pequeños grupos.

La medida de la calidad puede también ir en contra de la profesionalidad de los médicos: las personas es probable que actúen de acuerdo a sus principios cuando tienen una fuerte creencia en ellos y cuando el coste de adherirse a los mismos no es demasiado alto. Los médicos están entrenados para tener fuertes principios profesionales, pero puede no ser realista creer que la mayoría de los médicos, la mayoría del tiempo, actuarán de acuerdo a estos principios cuando el coste es alto. Los médicos que mantengan su objetivo de solucionar las necesidades globales de cada paciente pueden pagar consiguiendo peores resultados en las medidas de calidad, y por tanto peores recompensas económicas, que sus colegas de objetivos más estrechos.

El autor propone medidas para minimizar estos efectos como por ejemplo rotar las medidas de calidad cada pocos

años. Otra propuesta es medir la calidad del médico viendo por ejemplo cuantas veces hace un diagnóstico adicional a los síntomas que presenta el paciente en el momento actual, o cuantas veces ofrece prevención durante una visita por un problema agudo.

INGESTIÓN DE TÓXICOS EN NIÑOS

Ingestion of toxic substances by children

Shannon M.

N Eng J Med 2000; 342: 186- 191.

En este trabajo se revisan las medidas terapéuticas generales en casos de intoxicación por fármacos.

El término "descontaminación intestinal" incluye todas las intervenciones destinadas a evitar la absorción del tóxico ingerido. Entre éstas se incluyen el vaciamiento gástrico (emesis con ipecacuana, lavado gástrico), adsorbentes (carbón activado) y catárticos. Se revisan las ventajas, inconvenientes y condiciones de uso de cada una de estas medidas en niños, así como las dosis recomendadas.

CIENCIA Y FICCIÓN DE LAS VACUNAS FRENTE A TOSFERINA

Cherry JD, Olin P.

Pediatrics (Ed esp) 1999;48:351-355.

En la sección de comentarios de la revista aparece este trabajo en el que se analiza la actitud de las autoridades sanitarias

de EE.UU. en cuanto a la aprobación de las vacunas acelulares de la tosferina.

Según los autores, debido a la presión de los profesionales y de la sociedad para que se autorizaran las vacunas acelulares, los estudios en los que se han basado para su aprobación tienen sesgos en sus diseño en cuanto a la definición de la enfermedad y sesgos en el observador, lo cual ha dado lugar a que se aprueben vacunas que no son las que tienen una mayor eficacia entre las existentes en el mercado mundial. Se realizan comparaciones con estudios de eficacia llevados a cabo en Suecia e Italia en los que se pone de manifiesto que las vacunas más eficaces son las que contienen 5 componentes: toxina pertusica, HAF (hemaglutinina filamentosa), pertactina y fimbrias 2 y 3.

Como conclusión insisten en que el hecho de que considerar que todas las vacunas DTPa son iguales no supone ningún favor a los niños y a los esfuerzos de vacunación.

EMPLEO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES EN PEDIATRÍA: PRÁCTICA REFERIDA, PRÁCTICA REAL Y CREENCIAS DE LOS PADRES

Watson RL, Dowell SF, Jayaraman M y col. *Pediatrics (Ed esp) 1999; 48: 356-363.*

Se trata de un original que tiene por objeto conocer qué diferencias hay en-

tre los conocimientos médicos sobre la prescripción de antibióticos, cual es la práctica real y cómo influyen los padres a la hora de prescribir un antibiótico.

El estudio está dividido en tres partes; una encuesta de ámbito estatal (Georgia), la revisión de historias clínicas y conversaciones telefónicas con los padres. La encuesta se remitió a 366 pediatras y médicos de familia de Georgia y sus respuestas se compararon con las recomendaciones publicadas sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias superiores. Posteriormente se evaluaron 25 pediatras seleccionados aleatoriamente de los 119 estudiados en el área metropolitana de Atlanta y a partir de ellos se revisaron las historias de los 30 primeros pacientes de edades comprendidas entre 12 y 72 meses visitados en una fecha seleccionada de modo aleatorio y se mantuvo una entrevista telefónica con los padres.

En los resultados se comprobó que los médicos estaban de acuerdo en que el abuso de antibióticos constituye el principal factor para la resistencia bacteriana y que deberían restringir su uso en las visitas de niños con infecciones respiratorias superiores. Sin embargo la práctica no se ajusta a estos principios,

así el 69% de los médicos consideran que una rinitis purulenta constituye un signo diagnóstico de sinusitis, el 86% prescriben antibióticos por bronquitis independientemente de la duración de la tos siendo este un β lactámico en la mayor parte de los casos y el 42% prescriben antibióticos con el diagnóstico de resfriado común. En el caso de médicos de familia las diferencias son mayores entre los principios recomendados y las prácticas realizadas.

En cuanto a los padres se vio que daban una importancia mayor a las patologías de sus hijos si el médico trataba con antibióticos los procesos respiratorios y en estos casos los niños eran más frecuentadores.

TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS
CRANEALES CERRADOS MENORES
EN LOS NIÑOS

**Committe on Quality Improvement,
American Academy of Pediatrics,
Commission on Clinical Polices and
Research, American Academy of Family
Physicians.**

Pediatrics (Ed esp) 1999; 48: 401-410.

En la sección de la American Academy of Pediatrics encontramos los parámetros de actuación que se han elaborado para el niño previamente sano desde el punto de vista neurológico con

un traumatismo craneal cerrado menor que en el momento de la lesión puede haber sufrido una pérdida de conciencia transitoria, una crisis comicial por el golpe, vómitos o cualquier otro signo o síntoma.

Estas recomendaciones se elaboraron mediante una revisión sistemática de estudios que incluyeran a niños entre 2 y 20 años, neurológicamente sanos, que hayan sufrido un traumatismo craneal menor con alguno de los signos y/o síntomas anteriormente citados, siendo explorados por un profesional sanitario en el curso de las primeras 24 horas de producirse. Se han evaluado tanto los medios diagnósticos, como las pautas de tratamiento y el impacto de estos traumatismos en la salud posterior de los niños.

Tanto para la evaluación clínica inicial como para el diagnóstico se diferencia entre el traumatismo craneal menor con o sin pérdida transitoria de conciencia considerándose ésta a la inferior a 1 minuto.

Se discute la idoneidad de los diferentes medios diagnósticos para descartar la lesión intracraneal: Rx de cráneo, TAC, RM.

Se sugieren distintos temas de investigación: clasificación de los traumatismos craneales en los niños y hallazgos

pronósticos, beneficios de la detección precoz de las lesiones intracraneales y la intervención relacionada en los niños asintomáticos, tratamiento del paciente asintomático con hemorragia intracraneal e investigación de otras modalidades de pruebas de captación de imágenes.

Finalmente se resumen los parámetros en un algoritmo.

OTITIS MEDIA CRÓNICA CON DERRAME

Daly KA, Hunter LL, Giebink S.

Pediatrics in Review
1999; 20: 137-148.

Se trata de una puesta al día de la otitis media crónica con derrame (OMCD), en la que se define este cuadro: Otitis media con derrame de 3 meses de evolución. Se explica la patogenia: las características del oído medio y de la trompa de Eustaquio que favorece su aparición en el lactante y preescolar; los factores desencadenantes: asistencia a guardería y número de horas que están en ella, el tabaquismo pasivo...

Se dan pautas de actuación, estableciendo que cuando existe una otitis con derrame de más de 4 meses e hipoacusia, se debe derivar al ORL para la aplicación de tratamiento que debe ser quirúrgico: tubos de drenaje con o sin adenoidectomía. Pone en cuestión la

validez de los tratamientos con antibióticos, antihistamínicos y corticoides sistémicos o intranasales, así como la relación de la OMCD con la alergia, no considerando que sea necesario la realización de estudios alérgicos en estos niños.

UNA DOSIS DE CEFTRIAXONE VS. DIEZ DÍAS DE AMOXICILINA/CLAVULANICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA: EFICACIA CLÍNICA Y CAMBIO EN LA FLORA NASOFARINGEA

One dose ceftriaxone vs. ten days of amoxicillin/clavulanate therapy for acute otitis media: clinical efficacy and change in nasopharyngeal flora

Cohen R, Navel M, Grunberg J et al.

Pediatr Infect Dis J,
1999; 18: 403-409.

Estudio prospectivo, randomizado, sobre 513 niños, que compara la eficacia clínica de dos modalidades de tratamiento de la otitis media aguda en niños pequeños (edad media $14,2 \pm 6,7$ meses): una dosis única IM de ceftriaxona (50 mg/kg) y diez días con amoxicilina+clavulánico (80mg/kg/día de amoxicilina y una relación amoxicilina/clavulánico de 8/1). En el estudio microbiológico previo al tratamiento se observó un 59,1% de niños portadores

de *S. pneumoniae*, con un 52,2% de cepas resistentes a penicilina entre ellos.

RED BOOK. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PEDIATRÍA. 24ª EDICIÓN

Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics.

Peter G, Hall CB, Halsey NA, Marcy SM, Pickering LK, Orenstein WA
Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1999

Corresponde este libro a la 24ª edición del Red Book publicada en Estados Unidos en 1997 por la Academia Americana de Pediatría. En la presente edición destaca la inclusión de nuevos capítulos: sanidad escolar, heridas por mordeduras, guías para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescentes y algunos cuadros como el de síndromes clínicos asociados con las enfermedades transmitidas por alimentos.

Asimismo supone un gran esfuerzo de actualización de las recomendaciones del diagnóstico, manejo y prevención de todas las enfermedades infecciosas en lactantes, niños y adolescentes. Lo que le hace un imprescindible manual de consulta como ediciones anteriores.

CRÍTICA DEL LIBRO "MANUAL DE PEDIATRÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA"

(2ª EDICIÓN 2000)

F.J. Gascón Jiménez.

Distribuido por PENSA Médica (Grupo Esteve)

El Dr. Gascón, que es especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, y actualmente residente de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, acaba de presentar la segunda edición de su libro.

Durante el periodo de formación, los residentes suelen confeccionar libretas de dosificación de fármacos y pautas diagnósticas y terapéuticas para uso personal. El manual del Dr. Gascón es una libreta extensa, bien escrita y suficientemente documentada. Hace ya bastantes años que varios hospitales publican periódicamente manuales similares, pero todos los que conozco están escritos por múltiples residentes, salvo éste, en el que el Dr. Gascón es el primer autor de la mayoría de los capítulos. Sin duda un arduo trabajo para una sola persona, aunque tenga ayuda (en este caso varios médicos de su Hospital).

En comparación con otros manuales españoles, el temario es algo más limitado, pero los temas tratados son similares, tanto por su estilo literario (conciso, esquemático), como por su contenido.

En mi opinión, comete un error al dar nombres comerciales de fármacos. No es adecuado usar nombres comerciales en un libro, salvo excepciones justificadas.

Finalmente, hay otro aspecto que también merece ser criticado. Un manual que revisa algunos de los temas básicos de la pediatría puede servir de consulta, entre otros, a los pediatras de

Atención Primaria (como bien dice el autor en su prólogo). También nos sirven muchos otros textos, tanto generales como especializados, que no por ello titulan sus autores "para Atención Primaria". Un libro de Pediatría para Atención Primaria debería contar con un temario más específico. El libro del Dr. Gascón es por tanto un manual de Pediatría.

