ALIMENTACIÓN AL PECHO Y DESARROLLO COGNITIVO: UN META ANÁLISIS

Breast-feeding and cognitive development: a metaanalysis

Anderson JW, Johnstone BM y Remley DT.

Am J Clin Nutr 1999; 70:525-35

Diversos estudios han encontrado que los niños alimentados al pecho tienen mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo cognitivo que los alimentados con fórmula. No está claro sin embargo que las diferencias encontradas sean debidas al tipo de alimentación, ya que existen múltiples variables de confusión (que los autores del metaanálisis denominan cofactores llave), tales como el nivel socioeconómico o la educación de la madre.

Los autores encontraron 20 estudios publicados al respecto, todos ellos observacionales (es éticamente inviable un estudio randomizado comparando cualquier aspecto de la lactancia materna y artificial, ya que no se deben asignar al azar los niños a uno de ambos grupos). De los 20, 6 fueron excluidos por carecer de datos suficientes para el metaanálisis. De los 14 restantes, sólo 11 estudiaron los cofactores llave que los autores juzgaron necesarios.

El metaanálisis indicó que, después de ajustar los resultados teniendo en cuenta los cofactores llave, la alimentación al pecho se asoció con un nivel significativamente mayor de desarrollo cognitivo que los alimentados con fórmula. Este efecto era mayor en los nacidos con bajo peso y pretérminos*.

ESTUDIO RANDOMIZADO CONTROLADO SOBRE EL EFECTO DEL EXTRACTO FLUIDO DE *ECHINACEA PURPÚREA* SOBRE LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD DE LOS CATARROS Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

A randomized controlled trial of the effect of fluid extract of Echinacea Purpurea on the incidence and severity of colds and respiratory infections.

Grimm W y Hans-Helge Müller

Am J Med 1999;106:138-43.

Echinacea Purpurea es una de las plantas más usadas en los productos fito-far-

* Nota del redactor: Hay que resaltar que de los 11 estudios válidos para el metaanálisis, uno era español (Temboury MC, Otero A, Polanco I, Arribas E. Influence of breast-feeding on the infant´s intellectual development. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;18:32-6). El que se haya podido demostrar que los alimentados al pecho tenían un desarrollo neurológico mejor a cierta edad (esto es, más precoz), evidentemente no significa que los alimentados con fórmula vayan a ser unos adultos menos inteligentes o menos felices (al menos no está demostrado). Por otra parte, las leches adaptadas son cada vez mejores. Por ejemplo, probablemente ninguno de los niños alimentados con fórmula en este metaanálisis tomó leches suplementadas con ácidos grasos poliinsaturados de cadena corta. Hay que ser cuidadosos con las formas de promover la lactancia materna. El utilizar estos datos u otros similares sin la debida prudencia atemorizará y frustrará a las madres que no puedan o quieran dar el pecho a sus hijos.

macéuticos (medicinas basadas en plantas), incluyendo preparados homeopáticos. Se utiliza habitualmente como prevención de infecciones, aunque se han sugerido efectos beneficiosos en artritis crónica, cáncer y otras enfermedades. Algunos constituyentes se han demostrado inmunológicamente activos in vitro. Sin embargo, su eficacia no ha sido probada mediante ensayos clínicos.

Los autores seleccionan 108 pacientes de los que sólo 4 tenían entre 12 y 18 años (todos los demás eran mayores). Todos ellos habían padecido 3 o más infecciones respiratorias en el último año.

Durante 8 semanas administran a doble ciego Echinacea Purpurea a un grupo de 54 y placebo a los 54 restantes, y registran la incidencia de catarros u otras infecciones respiratorias, su duración y su severidad.

Concluyen que el tratamiento con extracto fluido de Echinacea Purpurea no disminuye significativamente la incidencia, duración o severidad de los catarros o infecciones respiratorias, comparado con el placebo*.

* Nota del redactor: Es difícil encontrar un trabajo sobre fitoterapia u otras medicinas de las llamadas alternativas que siga el método científico. En el primer número de nuestra revista ya comentamos una frase que merece la pena repetir: "No hay medicina alternativa. Sólo hay pruebas científicas, medicina basada en la evidencia, en sólidos datos, o medicina no probada, para la cual no existe evidencia científica" (Fontanarosa PB, Lundberg GD. Alternative medicine meets science. JAMA 1998;280:1618-9).

Tratamiento extrahospitalario en niños con meningitis viral

S. Mintegui Raso, J. Sánchez Echániz, J. Benito Fernández, MA. Vázquez Ronco, G. Rubio Fernández, S. Capapé Zache e I. Goicoechea Martín.

An Esp Pediatr 2000; 52:430-434.

Estudio prospectivo sobre el seguimiento ambulatorio de 156 niños diagnosticados de meningitis viral en un brote epidémico. Los requisitos que debieron cumplir fueron: 1) Impresicindibles: buen estado general, no alteración neurológica, examen citoquímico de LCR: Gram con ausencia de gérmenes, pleocitosis moderada (<1.000/ml predominio mononucleados), pleocitosis discreta (<100/ml incipiente pudiendo existir predominio de polinucleares), glucorraquia >60% glucemia, edad mayor de un año. 2) Relativos: fácil accesibilidad al hospital, ambiente epidemiológico, recuento leucocitario menor de 20.000/l, PCR sérica <30 mg/l, no antibióticos previos, edad > 2 años. Así como instrucciones administradas a los padres de reposo domiciliario, de antitérmicos-analgésicos y volver al hospital si existe afectación del estado general, cefalea intensa, vómitos persistentes y

radiculalgia intensa. Tras pasar unas horas en observación, 150 niños fueron dados de alta, siendo enviados a su pediatra para valoración clínica en las siguientes 24 horas. Un total de 20 niños (13,3%) volvieron a consultar al hospital, ingresando 4 de ellos en observación para sueroterapia y analgesia durante un período inferior a 24 horas. Los autores concluyen que el tratamiento y el seguimiento de gran parte de los niños con meningitis viral puede hacerse sin necesidad de ingreso hospitalario.

Glucocorticoides inhalados y sibilancias postbronquiolitis

M. Gallén Blecua, P. Aizpurua Galdeano, I. Ozcoidi Erro, L. Mancisidor Aguinagalde, C. Guedea Adiego, E. Busselo Ortega e I. Ibarrondo Uriarte.

An Esp Pediatr 2000; 52:351-355.

Estudio multicéntrico controlado en niños menores de 12 meses controlados en centros de salud, diagnosticados de bronquiolitis leve asignándoles aleatoriamente en dos grupos: uno sin tratamiento (n = 47) y otro con blecometasona inhalada (250 g/12h) con cámara espaciadora Babyhaler (n = 42) durante tres meses, comparando la incidencia y la gravedad de los episodios de sibilancias durante los siguientes 12 meses. Ambos grupos fueron homogéneos respecto a la edad, sexo, antecedentes familiares de primer grado de asma o atopia, atopia personal definida como Ig E> 60kU/l, y/o dermatitis atópica y/o prick test positivo, VRS en moco nasal, gravedad de la bronquiolitis, tabaquismo gestacional y exposición al humo del tabaco en el domicilio. El 67% de los niños presentaron uno o más episodios de sibilancias durante los 15 meses posteriores a la bronquiolitis. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos con lo que los autores concluyen que el tratamiento con glucocorticoides inhalados no modifica los episodios de sibilancias (los autores utilizaron beclometasona por no disponer al inicio de cámaras de pequeño volumen bivalvulares y de baja resistencia para poder dispensar budesonida o fluticasona, afirmando una eficacia clínica similar aunque con menor espectro de seguridad).

Uso de corticoides en la laringitis

Corticosteroids for croup.

DBT 2000; 38: 22-24

Los cuadros de laringotraqueobronquitis generalmente están causados por *virus parainfluenza*, aunque también pueden estar causados por virus *influenza*, *respiratorio sincitial* y *Mycoplasma pneumoniae*. La sintomatología

tiende a ser más importante por las noches. A menudo es una enfermedad leve y autolimitada, pero a veces puede ser una enfermedad severa, y en estos casos no siempre es fácil el diagnóstico diferencial con otras causas de obstrucción de la vía aérea superior como epiglotitis, traqueítis bacteriana o cuerpo extraño.

El presente trabajo da cuenta de los distintos ensayos randomizados y controlados con placebo sobre la eficacia de los corticoides en la laringitis.

Como resumen puede decirse que los corticoides (dexametasona oral o parenteral y budesonida nebulizada) han demostrado ser regularmente más eficaces que el placebo en la mejoría de la enfermedad (mejoría de los síntomas y acortamiento de la duración de la enfermedad), tanto en niños que no precisaban ingreso hospitalario, como aquéllos que tenían un cuadro más severo y fueron ingresados. Ninguna de las modalidades (dexametasona 0,6 mg/kg Im ó IV, dexametasona 0,15 a 0,6 mg/kg oral ó budesonida 2 a 4 mg nebulizados) parece claramente superior a las demás. Tampoco una combinación de ellas (por ejemplo, dexametasona oral más budesonida) ha resultado mejor que cualquiera de ellas solas. La elección de la modalidad terapeútica en cada caso debe hacerse atendiendo además de la clínica, a la disponibilidad del fármaco y dispositivos para inyección parenteral o nebulización, y el coste (proporcionalmente dexametasona oral 1, dexametasona parenteral 10 y budesonida 25). No hay datos que avalen la eficacia de la prednisolona oral en estos casos.

En este mismo número de la Pap se analiza y comenta un metaanálisis de Ausejo y Sáenz sobre este tema.

Lactobacillus GG en la prevención de la diarrea asociada a antibióticos en niños

Lactobacillus GG in the prevention of antibiotic-associated diarrhea in children

Landerhoof J A et al

J Pediatr 1999; 135:564-8

En este estudio doble-ciego, placebo-control, los autores evalúan la eficacia del lactobacillus casei sps rhamnosus (lactobacillus GG) (LGG) en reducir la incidencia de la diarrea asociada a los antibióticos, cuando se administra junto al antibiótico oral en niños con infecciones agudas.

Estudiaron 202 niños y encontraron diarrea (2 ó mas deposiciones líquidas al día) en el 25% de los niños que tomaron placebo frente al 8% de los tratados con LGG (1x- 2x) unidades formadoras de colonias/día.

También vieron un acortamiento en 1 día de la duración de la diarrea, así como una mayor consistencia en las heces.

Concluyen que los LGG reducen la incidencia de diarrea asociada a los antibióticos orales.

Creemos que la presencia de sólo 2 deposiciones líquidas/día y la disminución en 1 solo día de la duración de éstas, no tiene la suficiente importancia clínica como para recomendar el uso del lactobacillus GG a todos los niños que tomen antibióticos.

Monóxido de carbono exhalado en niños con asma

Exhaled carbon monoxide in childhood asthma

Uasuf C G et al

J Pediatr 1999; 135:569-74

El objetivo de este estudio original fue comprobar si el monóxido de carbono (CO) y el óxido nítrico (NO) podían servir como marcadores no invasivos de la inflamación de la vía aérea; ya que se ha comprobado que los niveles de CO y NO exalados están elevados en pacientes con asma y disminuyen tras el tratamiento con corticoides.

Los autores midieron la función pulmonar y los niveles de CO y NO en niños con asma, en niños sanos y en niños con infecciones virales del tracto respiratorio superior (IVTRS).

Encontraron que los niveles de NO estaban elevados en todos los niños con asma; y que el CO estaba elevado tanto en niños con asma persistente como en niños con IVTRS y en niños expuestos al humo del tabaco.

Concluyen que la medición del CO exalado podría ser un método complementario aunque no específico, en el control de niños con asma.

La tosferina en el adolescente y el adulto; epidemiología e implicaciones para la vacunación

Martí MA, Moraga Llop FA.

Med Clin (Barc) 2000; 114: 661-664

La Tosferina continua siendo un problema sanitario de primera magnitud. En los países en desarrollo es causa directa o indirecta de miles de fallecimientos cada año. En los países desarrollados tiene una incidencia importante, probablemente infraestimada, y conlleva importantes costos sanitarios.

En los últimos años se está asistiendo a un resurgimiento de la enfermedad y a ciertos cambios en su epidemiología. En muchos países desarrollados, aún con coberturas vacunales elevadas, se ha observado un incremento progresivo de la incidencia de la enfermedad

tanto en lactantes como en adolescentes y adultos, en estos últimos casos probablemente como consecuencia de los altibajos en las coberturas vacunales por problemas de seguridad atribuidos a las vacunas antipertusis en los últimos decenios. Por otro lado, hasta hace pocos años se pensaba que la enfermedad confería inmunidad permanente y que la vacuna de células enteras confería una inmunidad duradera; sin embargo, hoy se piensa que la inmunidad en ambos casos puede estar limitada en el tiempo, sobre todo en las personas vacunadas con las vacunas antipertusis clásicas. Todo ello condicionaría un aumento en el número de individuos susceptibles y un aumento en la circulación del agente patógeno.

Estos hechos, junto a la disponibilidad de vacunas acelulares, claramente más seguras y suficientemente inmunógenas, han motivado que se empiece a debatir la revacunación en niños mayores, adolescentes y adultos; de forma inmediata se generalizará el uso de la vacuna DTPa en niños de 3 a 6 años, y a medio plazo se evaluará la necesidad y oportunidad de la vacunación en adolescentes y adultos (pudiendo usar una vacuna combinada Difteria tipo adulto, tétanos y pertusis acelular en estos casos) bien de forma generalizada o en determinados grupos de mayor riesgo.

Efecto de la pérdida de peso en madres lactantes obesas sobre el crecimiento de sus hijos

The effect of weight loss in overweight, lactating women on the growth of their infants.

Lovelady Ch, Garner K, Moreno K, Williams J

N Eng J Med 2000; 342:449-453

Es un trabajo original cuyo objetivo es determinar si la pérdida de peso de la madre durante la lactancia afecta al crecimiento de su hijo. Distribuyen aleatoriamente 40 madres obesas (IMC 25-30) de niños alimentados al pecho exclusivamente en dos grupos: grupo con dieta y ejercicio y grupo control. El estudio se realiza entre la semana cuarta y decimocuarta postparto. La dieta consiste en reducir 500 calorías diarias de su dieta habitual (no menos de 1800 calorías por día) para conseguir una pérdida de 0,5 a 1 Kg semanal. El programa de ejercicio físico es de cuatro sesiones semanales de 45 minutos de ejercicio aeróbico controlado. Durante las diez semanas del estudio las mujeres del grupo dieta más ejercicio perdieron entre 1,7 y 8,3 Kg (media 4,8 Kg) mientras que el grupo control varió entre una ganancia

de 4,6 Kg y una pérdida de 4,6 Kg. No hubo diferencias significativas en la ganancia de peso y talla de los niños.

Los autores concluyen que una pérdida moderada de peso de aproximadamente 0,5 Kg por semana en madres lactantes obesas no afecta el crecimiento de sus hijos.

Es un trabajo muy interesante y meticuloso en su realización. Los autores apostillan que el resultado podría ser diferente en madres de IMC inferior a 25, por tanto no hacen extensivos los resultados a madres con ligero sobrepeso.

Complicaciones neurológicas de la reactivación de virus varicela-zoster

Neurologic complications of the reactivation of Varicella-Zoster virus

Gilden D, Kleinschmidt-DeMasters B, LaGuardia J, Mahalingam R, Cohrs R.

N Eng J Med 2000; 342: 635-645

Es un artículo de revisión muy bien documentado en el que se revisan las complicaciones neurológicas que este virus, tenido a menudo como "banal" produce, sobre todo en ancianos y personas inmunocomprometidas.

Con el uso de las nuevas técnicas de detección viral se ha podido demostrar que un importante número de neuropatías hasta ahora de origen desconocido, pueden ser consecuencia de la varicela o de su reactivación (herpes zoster): neuralgia postherpética, mielitis, arteritis granulomatosa (encefalitis de grandes vasos), encefalitis de pequeños vasos, ventriculitis, meningitis, zoster sine herpes, neuralgia preherpética. Algunas de estas complicaciones son mortales.

La vacunación con virus atenuados frente a la varicela-zoster probablemente no dará lugar a una baja incidencia del herpes zoster y sus complicaciones ya que el virus de la vacuna permanece latente y se puede reactivar. Se están realizando ensayos de vacuna para producir un booster en la inmunidad en personas de 55 años y así evitar la reactivación del virus en la edad en la que es más frecuente.

Síntomas y sufrimiento al final de la vida en niños con cáncer

Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer

Wolfe J, Grier H, Klar N, Levin S, Ellenbogen J, Salem-Schatz S, Emanuel E, Weeks J.

N Eng J Med 2000; 342: 326-333

Es un estudio original que utiliza la entrevista con padres de niños que han fallecido de cáncer al menos un año antes.

Dado que el principal objetivo del tratamiento de estos niños es conseguir la

curación, suelen pasar a un segundo plano los cuidados paliativos. Este trabajo propone valorar la calidad de vida interrogando sobre una serie de síntomas, y valorar la atención dedicada a ellos por el personal sanitario, así como el éxito o fracaso en su solución durante el último mes de vida.

Según los padres el 89 % de los niños sufrieron "mucho" o "bastante" por lo menos de un síntoma, lo más frecuente dolor, cansancio o disnea. Menos del 30% de los padres consideraron que el tratamiento del dolor fue efectivo y sólo el 10% respondieron que las nauseas, vómitos o estreñimiento fueron controlados.

Existe una importante discordancia entre la opinión de los padres y la de los médicos respecto a los síntomas de los niños, por lo que el sufrimiento puede, en parte, deberse a falta de reconocimiento del problema como tal por parte del equipo médico.

Los niños reciben tratamientos especialmente agresivos al final de su vida (en relación a los que reciben los adultos) aunque sus posibilidades de éxito sean muy bajas o nulas. El cambio de objetivo de conseguir la curación a hacer que el paciente esté cómodo normalmente ocurre sólo cuando todas las opciones se han agotado, perpetuando el mito de que los cuidados paliativos son lo segundo mejor.

Una editorial en el mismo número de la revista trata de este tema y califica de "inquietantes" los resultados encontrados en este trabajo. Apuntan la necesidad de equipos especializados en niños para cuidados paliativos, especialmente en los domicilios.

Reexamen del límite de edad para definir cuándo es pubertad precoz en las niñas de EE.UU.: implicaciones para la evaluación y el tratamiento

Oberfield S E, y Kaplowitz PB.

Pediatrics (ed. esp.) 1999; 48: 240-5.

En 1997 se presentó el resultado de un estudio de estadificación puberal de más de 17.000 niñas estadounidenses de 3 a 13 años, cuyos resultados fueron posteriormente revisados por la Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, llegando a diversas e interesantes conclusiones, que resumidamente serían:

1. Las niñas estadounidenses actuales, especialmente las afroamericanas, comienzan la pubertad significativamente antes de lo que lo hacían previamente.
2. La mayor parte de las niñas que inician la pubertad moderadamente pronto alcanzan una talla final dentro

de límites normales. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina no han demostrado producir un efecto importante sobre la talla adulta de las niñas que empiezan la pubertad entre los 6 y 8 años.

3. En base a lo anterior, proponen que sólo sean estudiadas aquellas niñas cuyo desarrollo mamario o pubiano aparezca antes de los 7 años de edad en la raza blanca, o 6 años en la raza afroamericana. Anteriormente el límite de edad de ambos grupos se consideraba los 8 años.
4. De momento no pueden efectuarse cambios en las pautas actuales de evaluación de los varones (signos de pubertad antes de los 9 años)*.

Debate sobre la circuncisión

Task Force on Circumcision.
Pediatrics (Ed. esp.) 2000; 49: 147-148.

En la sección de comentarios el grupo de la Task Force on Circumcision aclara las recomendaciones que han establecido para la circuncisión en neonatos, tras el debate que se ha planteado por las opiniones de grupos a favor de esta práctica.

Según establecen, la circuncisión queda incluida en el grupo de procedimientos que tienen potenciales beneficios médicos acompañados de ciertos riesgos y cada familia debe valorarlo en el contexto de creencias y valores personales, así como normas éticas, culturales y religiosas; pero los datos recogidos no permiten que sea incluido como un procedimiento sistemático en todos los recién nacidos varones.

Cambio de concepto sobre el síndrome de muerte súbita del lactante: implicaciones para el entorno y la posición del lactante para dormir

Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome
Pediatrics (Ed. esp.) 2000; 49: 187-194.

El cambio en la postura para dormir de los lactantes de decúbito supino a decúbito prono, que en EE.UU. comenzó a recomendarse a partir de 1992, ha supuesto una reducción del 40% en el índice de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), a pesar de esta importante disminución el SMSL sigue siendo la principal causa de muerte en lactantes pasado el período neonatal.

*Nota del redactor: ¿serán extrapolables estas conclusiones a las niñas españolas?. La Seguridad Social, al menos teóricamente, sólo cubre el importe de tratamientos con análogos de GnRH iniciados por pubertad precoz en menores de 8 años. Estos fármacos son muy caros. Un estudio multicéntrico español sería bastante fácil de realizar ya que no se requieren medios técnicos, salvo los relacionados con la complejidad burocrática y estadística necesaria para obtener y manejar una muestra significativa de niños de cada Comunidad Autónoma.

Existen otros factores de riesgo para este síndrome como son: el tabaquismo materno, el lecho de la cama blando, el sobrecalentamiento, las ropas laxas que pueden tapar las fosas nasales y la boca.

Se realiza un repaso a los distintos factores de riesgo que se han encontrado en la bibliografía priorizando aquéllos en los que pueda ser más efectiva la intervención.

Se establecen nuevas recomendaciones que completan las dadas en 1992.

La circuncisión en los recién nacidos disminuye la incidencia y los costes de las infecciones del tracto urinario durante el primer año de vida

Schoen E, Colby C, Ray G.

Pediatrics (Ed. esp.) 2000; 49: 227-231.

Se trata de un original que tiene como objetivo evaluar el efecto de la circuncisión en el recién nacido sobre la incidencia y los costes médicos de la ITU durante el primer año de vida en los pacientes de una aseguradora importante de EE.UU.

Es un estudio retrospectivo en el que se revisaron los lactantes nacidos durante todo el año 1996 en los hospitales dependientes de la aseguradora. Los lactantes circuncidados y las ITU se determinaron revisando los códigos (CIE-9) de los hospitalizados y por un código de la aseguradora en los pacientes ambulatorios. Se recogió una muestra de 52 historias de las 154 ITU detectadas para valorar el método de recogida de orina, los resultados del cultivo y los estudios de diagnóstico por imagen. Los costes de la ITU se calcularon según el sistema para calcular costes por procesos que emplea la aseguradora.

Según las conclusiones del estudio del total de lactantes nacidos en 1996: 28.812, se diagnosticaron 446 casos de ITU de los cuales 292 eran mujeres y 154 varones, de los cuales 132 (86%) no estaban circuncidados. Según este estudio el coste de la ITU es 10 veces superior en los varones no circuncidados y la frecuencia de ITU es 9,1 veces superior en los varones no circuncidados. Por todo ello los autores de este estudio recomiendan la circuncisión al nacimiento como método de prevención de ITU en los lactantes varones.

Diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatías en adolescentes aparentemente sanos

Steinberg J,Berry J,Sinaiko A.

Pediatrics (Ed. esp.) 2000; 49: 244-247.

Estudio original que tiene por objetivo establecer la prevalencia de las cardiopatías detectadas ecográficamente en

una cohorte de niños sanos elegidos de forma aleatoria entre los 11-15 años. Esta cohorte de 357 niños se seleccionó de forma aleatoria de una población que estaba siendo estudiada para una investigación sobre la resistencia a la insulina en la infancia. A todos se les realizó ecocardiografías bidimensionales completas y estudios Doppler, todos los estudios fueron realizados por el mismo técnico e informados por el mismo cardiólogo pediátrico, que no conocía los datos exploratorios hallados en los estudiantes. Todos los sujetos con ecocardiografías anormales fueron derivados a un cardiólogo pediátrico para su valoración y tratamiento.

En los resultados se hallaron 13 anomalías cardíacas en los estudios de ecocardiografía y Doppler, en ninguno se habían encontrado anomalías en la exploración física realizada por un pediatra. La única diferencia en los datos clínicos entre los sujetos sanos y los que presentaban alteraciones era el peso y el índice de masa corporal que eran más bajos.

De los 13 niños con anomalías en 7 se encontraron anomalías en la exploración física realizada por el cardiólogo que ya conocía los resultados de la ecocardiografía. Seis de los afectados fueron sometidos a cateterismo cardíaco o intervención quirúrgica y 7 no necesitaron tratamiento, sólo seguimiento por el cardiólogo.

Como conclusiones establecen los autores que la prevalencia de las cardiopatías en la infancia es mayor que lo publicado y que es necesario mejorar los métodos de cribado para detectar anomomalías cardíacas asintomáticas pero clínicamente significativas.

Normativa de práctica clínica: detección precoz de la displasia en el desarrollo de la cadera

Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip.
Pediatrics (Ed. esp.) 2000; 49: 270-279.

Se trata de las normas prácticas para la detección y conducta a seguir en la displasia del desarrollo de la cadera. En primer término se realiza un recordatorio del desarrollo de la cadera, indicando que éste es un proceso evolutivo y por tanto la patología puede variar según el estadio en el que se detecta de ahí la nueva denominación: displasia del desarrollo de la cadera que engloba a las caderas inestables, subluxadas y luxadas con acetabulo malformado o una combinación de ellas.

Para establecer las normas, el método ha sido una combinación de comité de expertos, un modelo de decisión y la

síntesis de datos científicos, en este último apartado al realizar la búsqueda bibliográfica se comprobó que los estudios existentes no son de gran calidad. Se construyó un modelo de decisión basado en el punto de vista de los médicos en ejercicio y determinando la mejor estrategia para el cribado y el diagnóstico.

El niño objetivo es el recién nacido a término sin anomalías ortopédicas evidentes, se valoraron las diversas opciones para la detección precoz de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC): exploración física, ecografía, radiografía de caderas. Sobre estas bases se establecieron las recomendaciones que se recogen en un algoritmo.

En resumen, se establece que el proceso recomendado para la detección temprana de la DDC incluye:

1. Estudiar sistemáticamente la cadera neonatal mediante exploración física.
2. Explorar la cadera de todos los lactantes según una pauta de seguimiento periódico y controlar hasta que el niño deambule con normalidad.
3. Anotar y documentar los hallazgos físicos.
4. Conocer las variaciones de la exploración física de la DDC.
5. Si los hallazgos físicos plantean sospecha o si los padres están preocupados por la posibilidad de presentar una DDC, es necesario la confirmación mediante una exploración física experta (ortopeda) o estudio de imagen adecuado para la edad: menor de 3 meses, ecografía, mayor de 3 meses radiografía de caderas.