

EBULLICIÓN DEL AGUA Y FÓRMULA DE INICIO.
IMPLICACIONES NUTRICIONALES

**Vitoria Miñana I, Climent Alberola S,
Herrero Cosín P y Esteban Sanchis G.**

Acta Pediatr Esp 2000; 58: 247-51

Los autores analizaron el contenido de cloro, sodio, potasio y otros iones de muestras de agua obtenidas en 10 municipios de la Comunidad Valenciana. Tras hervirlas 1, 5 y 10 minutos (contando desde que comienza la ebullición en la superficie, y aparentemente en recipiente destapado), determinaron de nuevo su contenido. Finalmente, utilizando el agua de estos 10 municipios sin hervir, y hervida 1, 5 y 10 minutos, reconstituyeron 21 fórmulas de inicio y analizaron la concentración final de iones.

Las aguas analizadas tenían un contenido de sodio entre 16 y 148 mg/L (media de 47,8) y de cloro entre 31 y 548 mg/L (media de 115,4). La concentración de sodio, tras ebullición de 1, 5 y 10 minutos, se multiplicó por 1,04, 1,3 y 2,5 respectivamente, y la de cloro por 1,05, 1,2 y 2,4 (no informan sobre el volumen final, que es de suponer se redujo, por evaporación, en cantidad proporcional al incremento iónico). Los incrementos que se producen a los 5 y en especial a los 10 minutos de ebullición hacen que en algu-

nas localidades se sobrepasen los límites de cloro y sodio aconsejados para las fórmulas infantiles: tras 10 minutos, el agua de 8 de las 10 localidades analizadas era válida para reconstituir solamente las fórmulas de inicio con menor contenido de sodio y cloro, y el agua de las 2 restantes no era válida para reconstituir ninguna de las 21 fórmulas de inicio.

En la discusión comentan que la cloración habitual del agua reduce el riesgo de infección por *E. coli*, *Rotavirus*, *virus de la Hepatitis A* y *Poliovirus* tipo 1 en un 99,9%. Sin embargo, se requieren dosis mucho más altas para conseguir eliminar protozoos como *Giardia* o *Cryptosporidium* (y más aún para eliminar los ooquistes de *Giardia*). Los desinfectantes tipo cloro u ozono no resultan por tanto eficaces frente a parásitos. Se pueden eliminar con algunos filtros de agua capaces de retener partículas menores de 1 micra, o mediante ebullición. Según normas de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de Estados Unidos la ebullición del agua 1 minuto asegura la inactivación de bacterias, virus y protozoos. La OMS aconseja un minuto a nivel del mar y añadir un minuto de ebullición más por cada 1000 metros de altitud.

Comentarios del redactor: Muchas de las aguas utilizadas en este estudio eran excesivamente ricas en iones, de forma que sus resultados no son extrapolables a cualquier zona. Del Dr. Vitoria Miñana conocemos trabajos muy prácticos en la línea del aquí resumido, por ejemplo el que fue premio Nestlé sobre nutrición infantil en 1999 (Importancia nutricional del agua de consumo público y del agua de bebida envasada en la alimentación del lactante. Estudio descriptivo de base poblacional). En este pueden consultarse datos sobre la composición del agua de muchas localidades de toda España, y muchas aguas embotelladas, además de una interesante discusión sobre aspectos relacionados con la composición del agua, como la prevención de la caries.

MENINGITIS BACTERIANAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA. EVALUACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA PUBLICADA EN ESPAÑA (1990-1998)

Parrilla Parrilla J S, Cintado Bueno C.
Acta Pediatr Esp 2000; 58: 387-391

En esta revisión los autores evalúan los 12 artículos publicados en las revistas españolas desde enero del 90 a diciembre del 98, para obtener una visión global de esta patología en nuestro país.

Encuentran que en el 35 % de los casos no se aisló agente etiológico. Los gérmenes aislados con más frecuencia

fueron: *Neisseria meningitidis* (67%), *Haemophilus influenzae* (19%) y *Streptococcus pneumoniae* (7%). El antibiótico más utilizado en el tratamiento fue la cefotaxima (63%).

Debido a que los trabajos no eran homogéneos, ni en el tiempo ni en la distribución geográfica, los autores opinan que se precisan más y mejores sistemas de registro que aporten los casos reales de meningitis bacterianas y que estos se publiquen periódica y regularmente en las revistas de pediatría.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

Carbonell Estrany X, Quero Jiménez J.
Acta Pediatr Esp 2000; 58: 392-394

Los autores miembros del Comité de Estándares de la SEN (Sociedad Española de Neonatología) exponen las recomendaciones actuales (de la SEN) para la profilaxis de la infección por *virus respiratorio sincital*.

Primero recuerdan las medidas preventivas, como son: no exponer al niño al humo del tabaco, ni a entornos contagiosos (guarderías), insistir en el lavado de manos por padres y cuidadores. En los hospitales el uso de guantes, batas, mascarillas y lavado frecuente de manos.

Posteriormente recomiendan el uso de Palivizumab en niños prematuros. Las recomendaciones varían según la edad gestacional al nacer y la presencia de enfermedad pulmonar crónica.

No comentan nada sobre el precio, que es aproximadamente unas 700.000 pesetas/por tratamiento/niño.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children.

Dunlap NE et al.

(American Thoracic Society).

Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 1376-1395

Se trata de una extensa revisión (20 páginas) y puesta al día general del tema fruto del consenso de distintas sociedades científicas norteamericanas (American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Disease Society of America).

En EEUU, tanto la enfermedad como su planteamiento diagnóstico y terapéutico tienen aplicaciones particulares. No obstante, tiene interés práctico la revisión de temas como la recogida y tratamiento de muestras para el diagnóstico y la práctica e interpretación individualizada del test de tuberculina en niños.

INGESTA ACCIDENTAL DE PARACETAMOL;
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DE NIÑOS QUE
HAN INGERIDO HASTA 200 MG/KG

Prospective evaluation of mild to moderate pediatric acetaminophen exposures.

Mohler CR et al.

Ann Emerg Med 2000; 35: 239-244

El paracetamol es uno de los fármacos de más amplio uso. Es también una de las primeras causas de intoxicación medicamentosa en niños, y aunque no se han descrito casos de fallecimiento por esta causa, puede ocasionar morbilidad hepática y renal de importancia, siendo en todo caso cuantiosos los gastos relacionados con su manejo. Por ello se diseñó este estudio prospectivo sobre 1019 niños menores de 7 años que habían ingerido hasta 200 mg/kg de paracetamol, mediante observación domiciliaria y controles telefónicos de la evolución (una llamada a las 4-6 horas y otra a las 72 horas buscando síntomas de toxicidad).

Los autores refieren no haber encontrado ningún caso de toxicidad en los casos estudiados, por lo que recomiendan que los niños menores de 7 años con ingestas de hasta 200 mg/kg y sin factores de riesgo de daño hepático previos, sean manejados de forma conservadora evitando cualquier tipo de intervención activa, incluyendo la descontaminación intestinal.

MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN LA INFANCIA.
REVISIÓN DE 28 CASOS

**Mencia Bartolomé S, Casado Flores J,
Marín Barba C, González- Vicent M,
Ruiz López MJ.**

An Esp Pediatr 2000; 53: 94-99

Estudio descriptivo sobre un total de 28 niños ingresados en el Hospital Niño Jesús de Madrid en el período 1990-1999 diagnosticados de Meningitis Pneumocócica por identificación del *Streptococo Pneumoniae* en sangre o LCR. El 82% de los niños eran menores de 5 años (60% menores de 2 años), 71% precisaron ingreso en UCI. La baja puntuación en la escala de Glasgow al ingreso, TAC y EEG alterados, así como convulsiones y la hipoglucorraquia se correlacionaron con un peor pronóstico. El 53% se recuperó sin secuelas siendo la sordera neurosensorial la secuela más frecuente. El 14% (4 niños) fallecieron. Se discute acerca de la escasa mejora del pronóstico en los casos desfavorables, a pesar del uso adecuado de antibióticos y de las UCI por lo que tan sólo la vacunación antineumocócica con vacuna conjugada heptavalente (frente a los 7 serotipos más frecuentes) administrada desde los 2 meses de edad, podrá contribuir a disminuir la incidencia y secuelas de esta grave enfermedad.

EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ
DE BROMURO DE IPRATROPIO NEBULIZADO
EN NIÑOS CON CRISIS ASMÁTICA

**Benito Hernández J, Mintegui Raso S,
Sánchez Echaniz J, Vazquez Ronco MA,
Pijoan Zubizarreta JI.**

An Esp Pediatr 2000; 53: 217-222

El objetivo del trabajo es determinar la eficacia de la administración conjunta de bromuro de ipratropio nebulizado conjuntamente con salbutamol en las crisis asmáticas moderadas-severas de los niños.

Para ello realizan un estudio prospectivo, aleatorizado a doble ciego de 102 pacientes entre 5 meses y 16 años de edad con crisis asmática moderada-grave en base a una escala clínica así como a la saturación de oxígeno.

Se administraron dos dosis de salbutamol nebulizado de 0.2 mg/Kg (máximo 6 mg) separadas por 30 minutos y una dosis de corticoides sistémicos (preferentemente orales) de 1 mg/Kg (máximo 40 mg) a todos los pacientes, y además 2 dosis de bromuro de ipratropio nebulizado de 250 mg conjuntamente con el salbutamol a un grupo, y placebo a otro grupo.

Se reevaluaron clínicamente a las dos horas de iniciar la primera nebulización decidiéndose el alta hospitalaria o el ingreso.

La mejoría clínica y de la oximetría fue significativa en ambos grupos respecto a la situación basal. El grupo que recibió bromuro de ipratropio precisó ingreso en menor proporción pero sin diferencia estadística entre ambos (35 % frente a 53 % $p=0.07$).

Si se analizan los resultados por grupos de edad se ve que en mayores de 5 años y en las crisis más graves la diferencia es significativa.

Los autores concluyen que la administración de bromuro de ipratropio añadido al salbutamol nebulizado tiene un efecto clínico beneficioso discreto pero que ello repercute en una menor tasa de ingresos sobre todo en los casos más graves.

Es un estudio planteado y realizado de una forma minuciosa y que según los propios autores viene a corroborar lo aportado por la literatura internacional.

COMPARACIÓN DE LAS MEDICIONES DE TEMPERATURA AXILAR Y RECTAL EN NIÑOS

Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review

Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR y Smyth RL.

BMJ 2000; 320: 1174-1178

Tradicionalmente se acepta que la temperatura rectal puede ser de 0,5 a 1 grado mayor que la axilar, aunque éste

es un aspecto poco contrastado. Este trabajo es un metanálisis, que incluye la evaluación de 40 estudios publicados (con un total de 5528 niños incluidos de 0 a 18 años de edad) con el propósito de cuantificar el grado de concordancia entre las mediciones de temperatura axilar y rectal usando el mismo método (termómetro de mercurio o electrónico) en cada niño.

La fiebre es el síntoma más frecuente en la patología aguda infantil en su conjunto y su presencia condiciona en gran medida la actitud de los padres y las decisiones de los médicos (estudios complementarios, tratamientos sintomáticos y antibióticos, ingresos hospitalarios). La medición de la temperatura no siempre es un procedimiento fácil y exacto; la temperatura axilar es la técnica más segura y accesible, pero ha sido calificada de poco exacta; la temperatura rectal es probablemente la más parecida a la temperatura central, pero no siempre es aceptable. Estas dudas han motivado el presente estudio.

Lo más interesante de los resultados obtenidos es: La temperatura axilar es significativamente más baja que la rectal. Las diferencias entre ambas mediciones son muy variables y dependen según el dispositivo usado: con termómetro de mercurio, la diferencia media es 0,25°C

(rango 0,15 a 0,65°C); con el termómetro electrónico la diferencia media es de 0,85°C (rango 0,19 a 1,9°C). Las diferencias varían según la edad: en neonatos la diferencia media es de 0,17°C (rango 0,15 a 0,5°C), mientras que en niños mayores, diferencia media es de 0,92°C (rango 0,15 a 1,98°C). La concordancia entre las temperaturas axilar y rectal aumenta en los siguientes casos: neonatos, uso de termómetro de mercurio y tiempo de permanencia del termómetro de mercurio mayor de 3 minutos al menos tras la estabilización.

UNA DOSIS ÚNICA DE ACETATO DE DEXAMETASONA ADMINISTRADA INTRAMUSCULARMENTE ES TAN EFECTIVA COMO LA PREDNISOLONA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA EN NIÑOS

A single dose of intramuscularly administered dexamethasone acetate is as effective as oral prednisone to treat asthma exacerbations in young children

Gries DM et al

J Pediatr 2000; 136: 298-303

Los autores realizan un estudio prospectivo, randomizado, investigador-ciego, para evaluar la efectividad y seguridad de una dosis única de dexametasona I.M (intramuscular) comparándola con 5 días de prednisona oral para el

tratamiento de las exacerbaciones de asma medio-moderado.

Encontraron que todos los niños mejoraron con ambos tratamientos y ninguno presentó efectos adversos. También comprobaron que los padres preferían que le administraran a sus niños una sola inyección I.M a tener que luchar con ellos durante 5 días para que se tomaran la prednisona oral, que tiene un sabor amargo. No comentan si les preguntaron a los niños que preferían.

Los autores concluyen que una única dosis de acetato de dexametasona I.M es una alternativa razonable a la prednisona oral en las exacerbaciones de asma medio-moderado, en pacientes ambulatorios que rehusan los corticoides orales o aquellos en los que se crea no van a poder cumplir el tratamiento.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA Y DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA (PARADE)

Evaluation and management of proteinuria and nephrotic syndrome in children. Recommendations from a pediatric nephrology panel established at the National Kidney Foundation

Conference on proteinuria, risk, assesment detection and elimination (PARADE)

Hogg R, Potman R, Milliner D, Lemley K, Eddy A, Ingelfinger.

J. Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 49: 379-387

Dentro de la sección de originales de la revista este artículo recoge las aportaciones de un comité formado por nefrólogos pediátricos que participaron en una conferencia de consenso sobre avances en al evaluación y tratamiento de la proteinuria, para establecer las pautas a seguir en la edad pediátrica. Los autores pretenden dar una referencia útil al médico de asistencia primaria cuando se enfrenta a un niño pequeño o adolescente con proteinuria, sea leve y asintomática o más grave con características de síndrome nefrótico.

Se realiza una introducción en la que se pone de manifiesto la importancia de la proteinuria, como mecanismo efector del desarrollo de lesión renal y como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Se explica el método mas utilizado para la detección de proteinuria que es la tira reactiva urinaria siendo lo que descubre sobre todo albúmina y no proteínas de bajo peso molecular. Se hace hincapié en los falsos negativos en ori-

nas muy diluidas y falsos positivos en orinas muy alcalinas o concentradas en presencia de antisépticos como clorhexedina y cloruro de benzalconio. Para confirmar la proteinuria se puede emplear el índice proteína/creatinina en una muestra preferiblemente la primera de la mañana, en lugar de la proteinuria en orina de 24 horas que en niños puede ser muy difícil de recoger.

Se establecen algoritmos para evaluar la proteinuria persistente en niños y adolescentes y recomendaciones para el manejo de esta en niños con diabetes mellitus tipo I y en el síndrome nefrótico, siendo en este caso necesario que la evaluación y el seguimiento lo realice un nefrólogo pediátrico.

ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA
EN LA INFANCIA

Nonalcoholic esteatohepatitis in children

Rashid M, Roberts EA.

J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30: 48-53

Los autores del Hospital de Niños de Toronto presentan 36 casos de esteatosis hepática no alcohólica en niños, descartadas otras causas de hígado graso de origen metabólico, posthepatítico o medicamentoso. En la mayoría de los pacientes (30) la obesidad era el síndrome clínico dominante, predominando en niños so-

bre niñas. En la mitad de los pacientes existió hiperlipidemia con predominio de la hipertrigliceridemia. Una niña de 10 años presentaba en el momento del diagnóstico una cirrosis. Se especula que algunos pacientes con cirrosis criptogenética han podido ser precedidos de esta entidad. Describen en un tercio de los casos la asociación a acantosis nigricans. Respecto al tratamiento recomiendan la reducción del aporte energético con reducción de la ingesta de grasas combinado al aumento del ejercicio físico.

FARMACOLOGÍA Y USOS CLÍNICOS
DEL METILFENIDATO

Methylphenidate:

Its pharmacology and uses.

Challman TD y Lipsky JJ.

Mayo Clinic Proc, 2000; 75: 711-721

Metilfenidato es un fármaco de uso muy común en EEUU en distintas situaciones clínicas en niños y adultos. En Pediatría está indicado para el tratamiento de los trastornos de hiperactividad con déficit de atención importantes en niños mayores de 6 años. Se estima que esta patología se presenta con una prevalencia entre el 3% y el 5%, y este fármaco ha demostrado ser eficaz en su control.

Las dosis iniciales recomendadas son de 5 mg dos veces al día (durante o después de comidas); dosis de manteni-

miento 20 mg una vez al día, y dosis máxima 60 mg/día.

En el presente estudio se repasa la bioquímica, mecanismos de acción, farmacocinética y efectos adversos reconocidos. Se ha atribuido a este fármaco cierto efecto sobre el crecimiento, pero este aspecto no ha sido aún aclarado.

REGRESO A LAS BASES: LA NUEVA BIOLOGÍA
ENTRA AL CONSULTORIO DEL PEDIATRA
CLÍNICO. LECCIONES DEL PROYECTO
GENOMA HUMANO

McCabeERB.

Pediatrics in Review (ed. esp.) 1999;
20: 328-33

Se trata de una excelente revisión que contempla el presente y futuro de la genética médica. Destacamos algunos aspectos o frases de especial interés.

En opinión de los autores, el progreso tecnológico derivado del proyecto genoma humano "se extenderá a todos los consultorios" y los efectos de esta iniciativa "se harán presentes en cada uno de nuestros hogares".

Comenta tres sistemas de identificación de genes, con un ejemplo de enfermedad estudiada mediante cada sistema: 1.- Enfoque del gen candidato (Osteogénesis Imperfecta), 2.- clonación posicional (Fibrosis Quística) y 3.- clonación por candidatura posicional (sín-

drome de Marfan). "Los chips de ADN, que contienen decenas o centenas de miles de sondas de secuencia elaboradas para la determinación de la secuencia y el análisis de expresión génica, permitirán diagnosticar rápidamente los genes de enfermedades genéticas frecuentes y complejas".

Analiza tres nuevos mecanismos genéticos de enfermedad, poniendo como ejemplo de cada uno alguna enfermedad: 1.- Síndromes de genes contiguos (delección de grandes segmentos de ADN), que es el mecanismo de la enfermedad de Duchenne, 2.- Anticipación (expansión repetida de triplete), que es el mecanismo del síndrome del cromosoma X frágil, y 3.- Imprinting (pérdida de un alelo progenitor), mecanismo del síndrome de Prader-Willi.

En cuanto a la terapia génica, resume los conceptos elementales de la terapia de células somáticas, y aclara que aunque inicialmente la terapia de la línea germinativa fue desechada, en la actualidad se considera técnicamente más factible que la manipulación de células somáticas, y señala que "los beneficios reales para los individuos podrían superar los posibles riesgos para generaciones posteriores".

El progreso de la genética va a repercutir en muchas áreas médicas, entre las que destaca: 1.- oncología (cáncer de

cólon, mama, tumor de Wilms), 2.- cardiología (cardiopatía isquémica, miocardiopatía hipertrófica, arritmias), 3.- endocrinología (diabetes), 4.- enfermedades infecciosas (detección de secuencias de ADN de virus y bacterias mediante amplificación genética).

Finalmente hace algunas consideraciones éticas, legales y sociales, señalando aspectos polémicos de gran actualidad, como la confidencialidad de las bases de datos de ADN, el descubrimiento de información no prevista (por ejemplo, una paternidad errónea), cuándo y cómo debe hacerse una pesquisa presintomática de ciertas enfermedades y, finalmente, la clonación humana, tanto de órganos como de individuos.

UN RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA PARA EL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS FEBRILES CON UNA PRIMERA INFECCIÓN URINARIA

Roberts K.

Pediatrics in Review 1999; 20: 372-375

Como complemento al estudio de *Pediatrics* sobre infecciones urinarias en varones menores de 8 semanas comentado en este número, traemos este artículo resumen de las recomendaciones dadas por la Academia Americana de Pediatría,

dirigidas a niños y niñas entre 2 meses y 2 años con un proceso febril y que presentaban una primera infección urinaria.

Se explica por qué se eligieron las infecciones urinarias en los niños pequeños para elaborar estas recomendaciones y el método para buscar las mejores evidencias con la revisión de más de 2.000 estudios de los cuales sólo se incluyeron en la revisión 400. En aquellos puntos en los que no se encontró una buena evidencia se actuó por consenso de los investigadores, y en las recomendaciones se señala si se ha llegado a ellas por evidencia científica o por consenso. Se dividen en tres apartados: diagnóstico subrayando la importancia de la forma de recogida de la orina y su procesamiento, tratamiento y evaluación: imágenes. Constituye una buena guía para el manejo de las infecciones urinarias con fiebre en el niño pequeño.

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN
DESPUÉS DE UNA INFECCIÓN DEL TRACTO
URINARIO EN LOS RECIÉN NACIDOS VARONES
*Imaging after urinary tract
infection in male neonates*

Goldman M, Lahat E, Strauss S, Reisler G, Livne A, Gordin L.

Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 49: 369-372

Se trata de un artículo original que tiene como objetivo valorar las anomalías

del tracto urinario en recién nacidos menores de 8 semanas que presentan una infección del tracto urinario (ITU) y evaluar el método apropiado de estudio por la imagen después de la infección inicial.

Es un estudio prospectivo que incluye a todos los varones menores de 8 semanas afectados de ITU durante un período de 4 años y medio siendo 45 los niños estudiados.

En los resultados destaca la presencia de anomalías en el tracto urinario en 22 de los 45 niños, siendo la más frecuente el reflujo vesicoureteral (RVU): uno presentaba RVU y duplicidad del sistema colector, uno RVU y válvulas de uretra posterior y uno estenosis de la unión pieloureteral. Se detectó presencia de atrofia o cicatrices renales en la gammagrafía con DMSA en los niños con reflujo de grado 3 o superior, y sólo en un niño con reflujo de grado 2 que tenía una ECO anormal.

Como conclusiones, los autores establecen que a los niños menores de 8 semanas con ITU debería realizarse sistemáticamente ECO y cistouretrografía miccional (CUM) después de la infección inicial y sugieren que la gammagrafía renal estaría indicada en aquellos que presenten ECO con anomalía del parénquima renal o si la CUM detecta un reflujo de grado 3 o superior.

LA HISTORIA DE LA VACUNA ANTIROTAVIRUS:
PUNTO DE VISTA DE UN INVESTIGADOR
CLÍNICO

The Rotavirus vaccine story: A clinical investigator's view

Rennels M.

Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 50: 39-41

Se trata de un artículo especial en donde se exponen las reflexiones de una investigadora sobre como se aprobó la vacuna antirotavirus en los EE.UU por la FDA y como tras diez meses de su autorización se decidió suspender su administración ante la aparición de 15 casos de invaginación intestinal después de la primera dosis de vacuna, con una edad mediana de 3 meses más temprana que la edad mediana para la invaginación intestinal en la población general.

La vacuna se aprobó después de más de 15 años de investigación, habiéndose administrado a más de 10.000 lactantes en 27 estudios llevados a cabo en diferentes países. En estos estudios se observaron 5 casos de invaginación intestinal en los 10.054 vacunados, 3 aparecieron en el curso de la semana posterior a la vacunación y ninguno de estos casos fue atribuido a la vacuna por los investigadores de los ensayos clínicos. Al aprobar la vacunación se decidió incluir estos casos en el prospecto del producto y las autoridades sanitarias

señalaron especialmente con un código la invaginación intestinal, como posible reacción adversa.

Tras 1,5 millones de dosis administradas se habían comunicado los 15 casos, por otro lado se realizó por parte de CDC un estudio de casos controles que demostró un riesgo incrementado de invaginación intestinal después de la primera dosis de vacuna, siendo menor en las siguientes.

Como conclusión, la autora destaca como sólo una amplia experiencia posterior a la autorización de una vacuna puede poner de manifiesto su completa seguridad y su perfil de eficacia, siendo fundamental alertar sobre la importancia de la declaración de las reacciones adversas y los fracasos de estos productos.

INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN EL ASMA
BRONQUIAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

**Rodríguez Santos O, Ferrer Rodríguez I,
Quintana Carbonel E, Rodríguez
Guevara A.**

Pediátrika 2000; 20: 167-70

En este trabajo, realizado en Cuba, los autores estudian a 300 niños asmáticos menores de 5 años en cuyos hogares se fuma, y a otros 300 niños asmáticos menores de 5 años en cuyos hogares no se fuma. En los hogares de fumadores

pasivos se determinó la cantidad de cigarrillos consumidos y el parentesco respecto al fumador. En todos se estudiaron factores determinantes del grado de asma y calidad de vida, tales como número de ingresos hospitalarios, consumo de fármacos (broncodilatadores, corticoesteroides), síntomas, etc.

El consumo de corticoesteroides fue significativamente superior en los ex-

puestos. El consumo de broncodilatadores fue, sin embargo, similar en ambos grupos. Las exacerbaciones fueron más frecuentes y graves en los expuestos (por tanto, la calidad de vida es peor y mayor el grado de asma), especialmente cuando quien fuma es la madre. La cantidad de cigarrillos consumidos fue directamente proporcional al riesgo.

Crítica de libros

Urgencias y tratamiento del niño grave. Síntomas guía, técnicas y procedimientos.

Juan Casado Flores, Ana Serrano y 124 colaboradores.

Ediciones Ergón, S.A. Año 2000.

Se trata de un ambicioso libro que pretende ser un verdadero tratado que abarca toda la patología pediátrica urgente y grave. La presentación de este libro ha coincidido con el desarrollo de un curso con el mismo contenido en el mes de abril del presente año en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; curso, por cierto, muy bien organizado por pediatras del Hospital del Niño Jesús.

Incluye 13 módulos (Soporte vital, Cardiovascular, Respiratorio, Neurológico, Infeccioso, Traumatismos y accidentes, Neonatal, Renal, Digestivo y hepático, Metabólico y nutrición, Oncología, Varios y Fármacos). El con-

tenido de cada módulo se distribuye en tres apartados: técnicas, síntomas guía y algoritmos de manejo práctico. En total 150 capítulos, y aparte anexos.

- Texto exhaustivo, completo y de gran calidad.
- El índice final quizás sea corto en entradas.

Es un libro que en su conjunto viene a llenar un déficit crónico; la patología infantil urgente acostumbraba a ser sólo una parte poco importante de los textos de Pediatría españoles. Este libro, en el que participan numerosos autores bien escogidos y coordinados y con un contenido exhaustivo y de calidad, puede aspirar a ser un texto básico.

Se trata de un libro de estudio y también de consulta inmediata que debe formar parte de la biblioteca básica de cualquier centro de trabajo donde regular u ocasionalmente puedan atenderse urgencias infantiles. Un libro básico para todo pediatra.

