

DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE BRONQUIOLITIS EN CONTROL AMBULATORIO

Duration of illness in ambulatory children diagnosed with bronchiolitis

Swingler GH, Hussey GD, Zwarenstein M.

Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 997-1000.

El pronóstico a largo plazo de los pacientes afectos de bronquiolitis ha sido ampliamente estudiado, pero poco se sabe sobre la duración de la enfermedad aguda.

En este estudio se realiza el seguimiento sobre una cohorte de 181 niños de entre 2 y 23 meses, diagnosticados en un Hospital Sudafricano de bronquiolitis exclusivamente mediante criterios clínicos, no necesariamente se realizó radiología de tórax ni detección de VRS nasal, se excluyeron explícitamente pacientes con asma, laringotraqueitis y neumonías. El estudio incluye sólo a pacientes afectos con enfermedad leve y moderada.

El control de la resolución de los síntomas fue medido mediante entrevista telefónica cada 2-3 días hasta un total de 28 días desde el alta. Fueron evaluados los posibles factores predictores de la

duración de la enfermedad: frecuencia respiratoria, edad, sexo y percentiles de peso sin que fueran útiles como factores predictores del tiempo de recuperación.

En más del 40% de los casos la resolución de los síntomas superó los 14 días.

La información a los padres sobre la mejoría lenta y progresiva de la enfermedad puede reducir la ansiedad y la alta frecuencia de visitas en atención primaria.

TRATAMIENTO EMPÍRICO CON ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS CON ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Antibiotic treatment of children with unsuspected meningococcal disease.

Wang VJ, Malley R, Fleisher GR, Inkelis SH, Kuppermann N.

Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154: 556-560.

El tratamiento empírico con antibióticos en niños febriles ambulatorios no está justificado en la mayoría de las ocasiones. Puede, no obstante, ser considerado en casos puntuales. Sobre la base de datos clínicos es difícil la distinción de la enfermedad meningocócica (EM) inicial no sospechada y una infección viral. Por ello, a veces, pacientes con EM

reciben inicialmente tratamiento ambulatorio.

Este estudio pretende determinar si el tratamiento antibiótico ambulatorio modifica la incidencia de complicaciones y fallecimientos en los casos de EM. Para ello revisan las historias de 58 pacientes atendidos en 7 hospitales por enfermedad meningocócica invasiva con estudios bacteriológicos positivos. El 33% de éstos habían recibido antibióticos antes del ingreso, y en éstos se observaron menos complicaciones en la evolución que en el grupo de niños que no habían recibido antibióticos antes del ingreso. No observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad y secuelas permanentes/graves.

Aunque no puede recomendarse el uso rutinario de antibióticos de forma empírica en todos los niños febriles, los autores recomiendan considerarlo puntualmente en niños febriles con alto riesgo de enfermedad meningocócica, sobre la base de un conjunto de datos clínicos y epidemiológicos.

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN NIÑOS

Managing constipation in children

DTB 2000; 38: 57-59.

El estreñimiento es frecuente en niños y muchas veces difícil de manejar. El trabajo actual revisa las medidas tera-

péticas habituales para el manejo de este problema.

Los objetivos generales del manejo de estos problemas son resolver la impacción fecal, establecer un patrón regular y eficaz de defecación y prevenir las recurrencias.

Las medidas terapéuticas con las que contamos son: la intervención dietética (hábitos y contenido en agua y fibra), laxantes (laxantes osmóticos, formadores de bolo, estimulantes del peristaltismo), productos para la evacuación intestinal (orales o rectales) y entrenamiento funcional.

En el trabajo se refieren dosis y pautas concretas para estos productos, además de detallar la estrategia general (utilización de las medidas terapéuticas de forma escalonada, mantenimiento de los laxantes durante varios meses para evitar la recurrencia, implicar a la familia y el colegio en el problema) en la utilización de estas medidas terapéuticas para alcanzar los objetivos mencionados al comienzo.

BUPROPION EN EL TRATAMIENTO

DE DESHABITUACIÓN DEL TABAQUISMO

Bupropion to aid smoking cessation

DTB 2000; 38: 73-75.

Bupropion (Amfebutamona) es un preparado no nicotínico originalmente desarrollado como un antidepresivo. Ha sido

aprobado como un fármaco que ayuda a la abstinencia del tabaco en pacientes motivados. Es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

Se evalúa su eficacia en dos ensayos clínicos radomizados, doble ciego vs placebo. Los pacientes fueron consumidores de al menos 15 cigarrillos / día y reclutados a través de los medios (altamente motivados a dejar el hábito) y fueron seguidos durante al menos un año. Uno de los estudios lo compara además con terapia de reemplazo con nicotina.

Los autores concluyen que bupropion es al menos el doble de eficaz que el placebo en ayudar a los pacientes a dejar de fumar (odds ratio estimada 2,7 IC 95% 1,9-3,9) si bien la abstinencia al año fue alrededor de un 30% y con un coste de tratamiento alrededor de las 20.000 Ptas. para 8 semanas. Estudios preliminares parecen darle mayor efectividad que los parches de nicotina.

MEDICAMENTOS QUE DEBEN EXISTIR EN LOS MALETINES DE URGENCIAS

Drugs for the doctor's bag revisited

DTB 2000; 38: 65-68.

Artículo de revisión del tratamiento de elección para médicos y pediatras que realizan medicina de urgencias fuera del hospital que de forma breve y

concisa repasa las recomendaciones actuales. Incluye dosis pediátricas.

Revisa tratamiento del dolor, sobreosis de opiodes, asma, infecciones de sospecha severas: sepsis meningocócica y meningitis bacteriana, vómitos, emergencias psiquiátricas, deshidratación, emergencias en diabéticos, anafilaxia, convulsiones, infarto de miocardio y angina, fallo cardiaco izquierdo, sangrado, prolapsos discal agudo e hipocortisolismo.

LA ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN
POR *HELICOBACTER PYLORI* EN
UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO OCURRE
DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA
Acquisition of Helicobacter Pylori infection in a high-risk population occurs within the firsts 2 years of life

Rothenbacher D et al

J Pediatr 2000; 136: 744-8.

El objetivo de este estudio transversal, fue valorar la edad de adquisición de la infección por *Helicobacter Pylori* en una población de riesgo.

Los autores en un estudio previo, comprobaron que el 45% de los niños de una comunidad turca, que vivían en Alemania tenían *Helicobacter Pylori* + a la edad de 5 años, cuando los niños alemanes sólo lo tenían en un 6%.

Para averiguar a que edad se infectaban, estudiaron a 180 niños asintomáti-

cos, de entre 1, 2 y 4 años de edad. En muestras de heces, y por medio del Hpsa enzimoinmunoanálisis encontraron que la mayoría de estos niños se infectaron entre el 1º y 2º año de vida.

Este hallazgo puede ser útil a la hora de decidir en qué época de la vida se pueden poner las medidas de preventión.

DIAGNÓSTICO PRECISO DE INFECCIÓN

POR HELICOBACTER PYLORI MEDIANTE EL TEST DEL ANTÍGENO EN HECES Y OTROS 6 TESTS DISPONIBLES ACTUALMENTE EN NIÑOS

Accurate diagnosis of Helicobacter Pylori infection by stool antigen test and other currently available test in children

Ni Y et al

J Pediatr 2000; 136: 823-7.

En este estudio original los autores comparan los tests invasivos (endoscopia-biopsia): cultivo, test de la ureasa, histología, reacción en cadena de la polimerasa, con los test no invasivos: serología, test del aliento con Urea C13, y un nuevo test: el Hpsa para la detección del antígeno del Helicobacter Pylori en heces.

A 53 niños de entre 10 y 14 años de edad, con síntomas de enfermedad por Helicobacter Pylori se les realizaron los 7 tests diagnósticos (tanto los invasivos como los no invasivos).

Encontraron que todos los tests excepto la serología, fueron excelentes métodos diagnósticos de la infección por Helicobacter Pylori en niños, y que el test de detección del antígeno en heces por su sensibilidad, especificidad y accesibilidad tiene un gran valor potencial tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los niños con infección por Helicobacter Pylori.

EL CHUPETE COMO FACTOR DE RIESGO

DE OTITIS MEDIA AGUDA: ESTUDIO

CONTROLADO DE DISEÑO ALEATORIO

SOBRE CONSEJOS A LOS PADRES

Parents Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomizad, controlled trial of counselling.

Niemelä M, Pihakari O, Pkka T, Uhari M, UhariM.

Pediátrica (Ed. Esp) 2000; 50: 154-158.

Se trata de un original que tiene como objetivo evaluar la asociación entre la utilización del chupete y el aumento de la incidencia de otitis media aguda (OMA) en un ensayo de intervención.

Es un ensayo de cohorte de diseño aleatorio, controlado, prospectivo abierto, con una intervención en forma de consejos sobre la restricción del uso del chupete. Los niños se seleccionaron de 14 clínicas de salud en una zona de Finlandia, se formaron pares según el ta-

maño y el área atendida y uno de cada par fue asignada aleatoriamente a la intervención y la otra como control.

En los resultados se obtuvo una disminución del 21% en la utilización continua del chupete en aquellos en los que se realizó la intervención como consejo y la incidencia de OMA fue un 29% menor en las clínicas donde se realizó la intervención. En los niños que no utilizaron continuamente el chupete se evidenció un 33% menos de episodios de OMA, en cualquiera de los dos grupos.

Los autores recomiendan que el chupete sea utilizado libremente hasta los 6 meses de edad ya que en este tiempo la succión es una necesidad fisiológica, después es una costumbre que proporciona sensación de seguridad, por lo que debe ser empleado hasta los 10 meses para conciliar el sueño y a partir de entonces retirarlo definitivamente.

El mecanismo por el cual el chupete puede ser un factor de riesgo de OMA no está aclarado aunque apuntan a que puede ser debido a una alteración del equilibrio de la presión entre la cavidad del oído medio y la nasofaringe que aparentemente puede deteriorar el funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

"TESTÍCULOS DOLORIDOS".

CONSIDERACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DOLOR TESTICULOESCROTAL EN ADULTOS JOVENES:

INFORME DE UN CASO Y COMENTARIO

"Blue balls": A diagnostic consideration in testiculoscrotal pain in young adults: A case report and discussion.

Chalett J, Nerenberg L.

Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 259-260.

Es una comunicación breve en la que se define a la expresión de "testículos doloridos" para indicar el dolor escrotal tras una intensa excitación sexual, prolongada y no aliviada. Se presenta el caso de un varón de 14 años atendido en el Servicio de urgencias del hospital y sometido a exploraciones físicas y analíticas; y el seguimiento posterior que aclaró el cuadro, al no volver a presentar dolor cuando inicio relaciones sexuales completas.

Se comenta como se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema encontrando sólo una referencia basada en la experiencia y sin citas bibliográficas, también se consultaron expertos en medicina del adolescente y urólogos los cuales sólo tenían conocimientos anecdoticos.

Por último hacen una serie de reflexiones sobre la necesidad de profundizar en la investigación sobre la incidencia, mecanismo de producción y trata-

miento del cuadro así como un intercambio de ideas que permita tratar mejor a los pacientes que presentan esta situación.

SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN LAS GUARDERÍAS

Sudden Infant Death Syndrome in child care settings.

Moon R, Patel K, McDermott S, Shaefer S.
Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 50: 92-98.

En la sección de originales aparece este estudio que tiene como objetivo determinar el porcentaje de muertes por el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) que se producen en las guarderías y determinar los factores asociados a las mismas.

Es un estudio retrospectivo de supervisión de todas las muertes atribuidas al SMSL en un período de año y medio en 11 Estados de EEUU geográficamente diversos. Se recogieron datos del nacimiento, información demográfica, exposición al tabaco, posición durante el sueño (habitual y la última en que fue colocado), posición en la que fue encontrado, lugar de la muerte, momento del fallecimiento, cuidador en el momento del mismo, exposiciones prenatales (alcohol, drogas o tabaco, lactancia materna, problemas médicos y cambios recientes en la rutina del niño). El

tamaño de la muestra fue de 1.916 casos, los casos excluidos fueron similares en características a los incluidos.

Lo más llamativo de los resultados fue:

Un 64,7% de los fallecidos por SMSL había estado expuesto a humo de cigarrillos en el hogar.

Un 18,8% había sido alimentado con lactancia materna durante algún tiempo.

Un 60% de los fallecimientos ocurridos en lugares de cuidado infantil, lo fue en hogares de familias que se dedicaban al cuidado de niños.

En el análisis de los resultados se encuentra que es significativo el haber sido colocado en decúbito prono cuando su posición habitual para dormir era en supino.

Como conclusiones se destacan el hecho de que el 60% de las muertes hubiera ocurrido en hogares de familia que se dedican al cuidado de niños, mientras que el porcentaje de muertes ocurridas en guarderías fue muy inferior, cuando la mitad de los niños que son cuidados fuera de sus hogares van a escuelas infantiles y la otra mitad en hogares de familia, lo que indica que hay una falta de información sobre las medidas para prevenir el SMSL respecto a la postura para dormir.

El período de mayor riesgo para el SMSL es entre los 2 y 4 meses, lo que en

parte puede ser explicado por el fenómeno de niños que no están acostumbrados a dormir en decúbito supino se les cambia la postura y no han desarrollado la fuerza muscular de la parte superior del cuerpo que se observa en los niños que duermen de entrada en decúbito prono, lo que puede protegerles ya que pueden levantar la cabeza y mantener libre la vía aérea.

FÓRMULAS HPOALERGÉNICAS

PARA LACTANTES

Hypoallergenic infant formulas.

Committee on Nutrition.

Pediatrics (Ed. Esp.) 2000; 50: 126-130.

Se realiza una revisión y recomendaciones para el empleo de las fórmulas hipoalergénicas en los lactantes con síntomas de alergia a las proteínas de la leche de vaca. Se resume el proceso por el cual una leche es aprobada para su indicación como hipoalergénica debiendo asegurar en las pruebas a que son sometidas con una confianza del 95% que el 90% de los lactantes con alergia comprobada a la leche de vaca no reaccionaran con síntomas definidos a la fórmula bajo condiciones de doble ciego controladas con placebo.

En cuanto a las recomendaciones establecen: Que la leche materna exclusiva como mínimo hasta los 6 meses, es el

alimento de elección en los niños con alergia a las proteínas de leche de vaca. Si aparecen síntomas deben restringirse en la madre los frutos secos, huevos, leche de vaca, si persistiesen, se emplearía una fórmula hipoalergénica. Puede utilizarse una fórmula a base de soja en niños con reacción mediada por IgE.

En aquellos niños con una historia familiar con gran carga alérgica, utilizar también lactancia materna hasta los 6 meses, retrasar la introducción de derivados lácteos hasta el año, el huevo hasta los dos años y frutos secos y pescado hasta los tres años.

No se recomienda la restricción de alimentos en la gestante. Deben administrarse suplementos de minerales y vitaminas a las madres que lactan con dietas restringidas.

UN NUEVO INMUNOANÁLISIS EN HECES PROPORCIONA UN MÉTODO DIAGNÓSTICO INCRUENTO Y EXACTO PARA LA DETECCIÓN DE HELIOBACTER PYLORI EN NIÑOS

Braden B, Posselt H, Ahrens P, et al.

Pediatrics (ed esp) 2000; 50: 50-53.

Los autores estudiaron a 162 niños de 8 meses a 15 años de edad (media 8,5 años, DE 3,9 años), con "molestias dolorosas abdominales". Utilizaron dos pruebas incruentas de detección de infección gástrica por *H. pylori*, la prueba

de ¹³C-urea en aire espirado (PUAE) y una nueva prueba de detección de anticuerpos fecales de *H. pylori* (AFHp). La PUAE fue positiva en 24 (14,8%), de los cuales en 22 también fue positiva la AFHp. La PUAE fue negativa en 138, de los que en 136 también fue negativa la AFHp. Comparada con la PUAE, la AFHp mostró por tanto una sensibilidad del 91,6% y una especificidad del 98,6%.

En 15 de los 24 niños con PUAE positiva se realizó tratamiento con omeprazol (1 mg/k/12 horas), claritromicina (10 mg/k/12 horas) y amoxicilina (25 mg/k/12 h), durante una semana. Cuatro semanas después del tratamiento la PUAE seguía positiva en 5, de los cuales en 4 la AFHp era también positiva.

Los autores afirman que la AFHp podría reemplazar a la PUAE porque es más barata y puede realizarse en cualquier laboratorio. Dado que el riesgo de procesos malignos es insignificante en niños, recomiendan tratar a los niños con dispepsia y pruebas incruentas positivas, sin hacer endoscopia.

Notas del redactor

La infección gástrica persistente por *H. pylori* tiene un papel patogénico en el desarrollo de gastritis crónica, úlcera

duodenal, adenocarcinoma y linfoma gástricos. En adultos debe hacerse endoscopia por el riesgo de cáncer. En niños, la endoscopia tiene ventajas y desventajas. Este estudio sugiere que la AFHp es casi igual que la PUAE. Sin embargo, adolece de algunos defectos: no se describen los síntomas de los niños, ni por tanto se correlacionan con el resultado de las pruebas, no hay confirmación endoscópica, no se trató a todos los que tuvieron PUAE positiva (ni se explica el motivo), la serie es corta y la edad de los niños dispersa. La detección de anticuerpos en sangre es poco fiable, tanto en adultos como en niños (Parejo R, y cols. Análisis comparativo de los métodos diagnósticos de la infección por *Helicobacter pylori* en el niño. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 257-63). Recientemente se ha publicado en adultos una serie en la que se determinó ¹³C-urea en sangre, con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 96% comparado con los resultados histológicos (Chey WD, et al. The ¹³C-urea blood test accurately detects active *Helicobacter pylori* infection: a United States, multicenter trial. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1522-4). Sería útil en Atención Primaria disponer de una prueba incruenta barata y fiable, pero aún así, habría que valorar detenidamente a qué niños tratar,

ya que los fármacos utilizados no están libres de efectos secundarios y tampoco son muy eficaces.

BROTE DE CRIPTOSPORIDIOSIS EN GUADARRAMA (COMUNIDAD DE MADRID)

Outbreak of Cryptosporidiosis in Guadarrama (Autonomous Community of Madrid)

Rodríguez-Salinas Pérez E, Aragón Peña A, Allue Tango M et al.

Rev Esp Salud Pública 2000; 74:527-536.

Completo estudio epidemiológico del que parece primer brote, descrito en España, de criptosporidiosis epidémica en población sana.

Más de 20 preescolares presentaron diarrea severa y prolongada, acompañada de otros síntomas digestivos y generales en un corto período de tiempo y con gran dispersión dentro del municipio. El laboratorio detectó, en la mitad de ellos, quistes de *Cryptosporidium* en las heces.

Tras describir las características de lugar, tiempo y persona de la epidemia,

los autores continúan con el detalle del diseño de casos y controles que se realizó y en que se demostró, con significación estadística, la causalidad del agua del grifo como vehículo de transmisión.

En tercer lugar se menciona el estudio medioambiental, sobre el sistema de abastecimiento de agua de consumo público municipal.

En la interesante discusión final se hace hincapié sobre la necesidad de tener en mente a este protozoo (muy resistente a las técnicas de cloración del agua) en las investigaciones de brotes de enfermedad diarreica, así como su búsqueda, mediante las técnicas adecuadas de laboratorio, en las muestras de heces líquidas de pacientes.

El artículo concluye con una espléndida revisión bibliográfica, que abarca brotes de todo el mundo, con múltiples vías de transmisión.

Por cierto, en la epidemia de Milwaukee, a principios de los 90, se estimó una población afectada de medio millón de personas.

Crítica de libros

TRATADO DE PEDIATRÍA

Prof. Cruz Hernández

Ediciones Ergon, S. A., año 2001.

El tratado de pediatría del Prof. Cruz Hernández es el texto de referencia de la pediatría española de los últimos 30 años.

En la redacción de la actual edición participaron 124 autores, entre los que se cuentan todos los catedráticos de pediatría españoles. De los 124, 117 ejercen en un hospital.

Cuenta con 192 capítulos, 15 más que la edición previa. Pese a ello, no hay ninguno desarrollado a partir de motivos de consulta, y faltan algunos temas que son de utilidad en atención primaria.

Como ya resulta clásico, y seguramente constituye el pilar de su aceptación como libro de texto, dispone de abundantes tablas, esquemas, dibujos y fotografías. Las fotografías en color son especialmente buenas.

Aunque la calidad científica global es muy alta, en algunos temas los autores parecen dejarse llevar demasiado por su criterio personal. Eligiendo temas que debemos conocer bien los pediatras de Atención Primaria, se menciona, por ejemplo, la posible utilidad, en alérgicos a penicilinas, del sulfametoazol-trimetropin en el tratamiento de la amigdalitis

(pág. 1.198), siendo como es un antibiótico poco eficaz en la faringoamigdalitis por *S. pyogenes* (lo dice el prospecto del medicamento). Otro ejemplo es el esquema de tratamiento de la crisis de asma leve, en la que tras lograr su mejoría con un betamimético inhalado, se recomienda proseguir el tratamiento con "betamimético oral o aminofilina oral + mucolítico o expectorante (si precisa)" (pág. 1.270), pauta que pudiendo ser válida, es distinta de la que habitualmente puede leerse en otros textos (ver en "L. García-Marcos y cols. Tratamiento integral del asma. Anales Españoles de Pediatría 2000; 53 (supl 1): 42-48"). Un tercer ejemplo, si bien más discutible que los anteriores, es la dosificación de amoxicilina a 40 mg/k/día en el tratamiento por vía oral de la neumonía bacteriana (pág. 1.250). Esta es la dosificación clásica, pero probablemente resulta escasa con el nivel de resistencias actual (ver en "F. del Castillo y cols. Manejo racional de la neumonía aguda de la comunidad. Anales Españoles de Pediatría 1999; 51: 609-616").

En la bibliografía se observa un encendible esfuerzo por citar autores españoles, de los que con tanta frecuencia nos olvidamos al referenciar nuestras publicaciones. Sin embargo, algunos capítulos disponen de un número quizá

demasiado reducido de referencias extranjeras.

El índice podría mejorar si, cuando existen varias páginas en las que se menciona la palabra que buscamos, se señalara en cual de ellas se localiza el texto principal.

GUÍA DE ATENCIÓN A LA INFANCIA CON PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD.

Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1997. Dos tomos. Una guía útil para el pediatra de Atención Primaria.

Desde la Consejería de Salud de la Junta en Andalucía, tras comprobar la amplia difusión y el alto reconocimiento alcanzado por el Programa del Niño Sano, sin perder la perspectiva del niño como centro de atención, se planteó la necesidad de elaborar unas directrices que sirvieran para abordar al "niño problema": niño con unas necesidades especiales, con unos problemas específicos que se desvían de esa "normalidad" y cuya familia se encuentra desbordada y con pocos recursos ante ese niño que le hace tambalear su estructura y con el que ha de caminar por un angosto pasillo flanqueado de burocracia, donde la angustia, la desolación y la culpa se mezclan y desembocan en un profesional, al principio atónito pero que tras el

impacto inicial intenta hacerse con la situación.

Tras los distintos programas de prevención llevados a cabo como: Programa de Control de Embarazo, Parto, Puerperio, Actividades de Consejo Genético, Diagnóstico Prenatal, Detección de Errores Innatos del Metabolismo, Seguimiento de Salud Infantil y Salud Escolar se inició la elaboración de esta guía contando con un equipo multidisciplinario de profesionales: médicos, enfermeros/as, psicólogos, educadores... y unas asociaciones de afectados y grupos de autoayuda que tras dos años de trabajo dieron por finalizada su tarea con la publicación de la misma.

Se trata de una guía didáctica y atractiva, con un diseño original: formato cuadrado, colores vivos y compendiada en dos tomos.

Los objetivos, aunque vayan dirigidos fundamentalmente a sanitarios, no son sólo sanitarios sino que persiguen la mejora de la calidad de vida de estos niños a todos los niveles y lo que se pretende es la conexión de los diferentes sectores de responsabilidad para que juntos garanticen "una igualdad dentro de la diferencia en todos los órdenes": juego, educación integración laboral y que aligeren a la familia del peso de la soledad ante su problema

fomentando su autoestima y su autonomía.

Respecto a su estructura se diferencian tres partes; las dos primeras componen el primer tomo y la tercera el segundo tomo.

La primera parte trata de los aspectos comunes de la atención a la infancia con problemas crónicos, comenzando por un capítulo dedicado a definir dichos problemas y su magnitud. Posteriormente aborda el enfoque del problema desde distintas perspectivas: del propio niño, de la familia, desde los distintos profesionales, desde la administración y los órganos de dirección... Continúa con un capítulo que analiza el modelo de atención, los siguientes capítulos tratan de los problemas más prevalentes que presentan los niños con patología crónica y sus características: Crecimiento y Desarrollo, Alimentación, Inmunización, Calidad de Vida, Aspectos Psicológicos, Comunicación y Escolarización.

La segunda parte es una Guía de Servicios de Recursos públicos y privados que provee a los profesionales implicados, familias y asociaciones de un gran apoyo para la búsqueda de soluciones.

La tercera parte trata de los aspectos específicos de la atención a la infancia con problemas crónicos de Salud. En es-

te tomo cada capítulo está dedicado a una patología diferente Niños que requieren Alimentación Especial, Diabetes, Cardiopatía Congénita, Seguimiento de Recién Nacidos con Problemas en el Período Neonatal, Alteraciones Neuromusculares, Síndrome de Down, Problemas Psiquiátricos y Trastornos del Aprendizaje, Retrasos del Crecimiento, Cáncer Infantil, Alteraciones Osteomusculares, Artritis Crónica Juvenil, VIH/SIDA Infantil, Nefropatías Crónicas, Hematología, Alteraciones Sensoriales, Fibrosis Quística, Asma y Niños Inmuno-comprometidos.

Hasta hace pocos años, en las consultas de Pediatría se dedicaba la mayor parte del tiempo a tratar patologías agudas en su mayoría banales, pero el aumento de patologías crónicas debido, de una parte a la mayor supervivencia lograda por los importantes avances en medicina y cirugía en enfermedades que anteriormente eran fatales y de otra, a la morbilidad derivada de la vida actual, hace que el Pediatra se deba plantear un cambio de actitud.

Es el pediatra de Atención Primaria por su posición más próxima y accesible al entorno del niño el especialista idóneo, pero tiene el handicap de la menor pericia en tratar estas patologías debido al menor número de casos que pasan

por su consulta a lo largo de sus años de ejercicio, es por tanto bien recibida cualquier iniciativa que colabore a ayudarle a desenvolverse en este sentido.

Esta guía me parece de gran utilidad ya que agrupa y sintetiza las actuacio-

nes precisas para el manejo de estas enfermedades y ha venido a ocupar un gran hueco en el panorama de soledad del Pediatra en los Centros de Salud; quizás se eche de menos una mayor comodidad a la hora de su manejo.

