

INFECCIÓN PEDIÁTRICA POR VIH

Muñoz-Fernández MA y cols.

Acta Pediatr Esp 2000; 58: 642-755.

(*número monográfico*)

En este número monográfico, íntegramente dedicado a la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en niños y coordinado por la doctora M^a de los Ángeles Muñoz-Fernández, han participado excelentes expertos de diferentes hospitales del país.

Destacamos de los diferentes artículos las siguientes conclusiones:

- La infección por VIH en los países desarrollados se considera actualmente como una infección crónica.
- La vía de infección en el niño es la transmisión vertical (30% prenatal, 50% intraparto y 20% por la lactancia materna). Conseguir una tasa de transmisión vertical cero sería ideal, pero actualmente no posible. Es necesario detectar a las gestantes infectadas cuanto antes, poner tratamiento precoz (durante el embarazo y el parto), valorar el riesgo/beneficio de la cesárea, y desaconsejar la lactancia materna.
- La acción del VIH en un sistema inmunitario inmaduro produce una enfermedad más grave, con evolución más rápida y peor pronóstico que en el adulto.
- La carga viral y los linfocitos T Cd4+ son buenos predictores de la evolución de la enfermedad.
- En el recién nacido, el tratamiento precoz con triple terapia persigue reducir la diseminación de la enfermedad, mejorar la clínica, disminuir la carga viral y mejorar la función inmunológica.
- El diagnóstico en el recién nacido se efectúa por detección de los anticuerpos anti-VIH, la carga viral y el aislamiento del virus.
- El tratamiento antirretroviral con terapias combinadas más potentes aumentan la calidad de vida y la supervivencia en niños infectados. Se debe elegir una terapia antirretroviral apropiada e individualizada, administrar dosis apropiadas, monitorizar la respuesta virológica e inmunológica y el cumplimiento del tratamiento.
- Las infecciones que padecen los niños VIH+ son las mismas que las de los niños no infectados, si bien suceden con más frecuencia y pueden diseminarse más fácilmente. Los patógenos bacterianos más habituales

son por orden de frecuencia neumococos, salmonellas, pseudomonas y estafilococos.

- El cumplimiento correcto del tratamiento antirretroviral depende, fundamentalmente, de la situación familiar del niño. El cumplimiento incorrecto se correlaciona con cargas virales elevadas.

UTILIZACIÓN DE LA CRIOTERAPIA EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA AMBULATORIA

Robles D, Castellano MJ y Rueda P.

Acta Pediatr Esp 2001; 59: 73-76.

Los autores analizan su experiencia con el uso de un dispositivo de crioterapia (Histofreezer) para tratamiento de verrugas en niños. A lo largo de 2 años han tratado 69 verrugas en 50 niños. De las 69, 31 eran de localización plantar. La técnica de tratamiento consistió en desbridamiento de la lesión con bisturí hasta el inicio de una hemorragia puntiforme, seguido de aplicación de Histofreezer durante unos 40 segundos (20 a 60 segundos dependiendo del espesor de la piel). Después se cubrió la piel tratada durante 12 horas. No se utilizaron otros tratamientos. Cuando la verruga no se curó, se repitió la sesión a intervalos de 15 días. La media de sesiones para obtener la curación fue de 2,76, con un rango de 1 a 6 sesiones. Como efectos adversos tuvieron

3 quemaduras (no especifican su severidad y evolución). Recidivaron un 10%.

¿ES POSIBLE CONSEGUIR LA ERRADICACIÓN DEL SARAMPIÓN?

Measles eradication: is it our future?

Orenstein WA y cols.

Am J Public Health 2000; 90 (10): 1521-1525.

Los autores (de los CDC estadounidenses) estiman que la erradicación del sarampión evitaría aproximadamente 1 millón de fallecimientos y ahorrarían importantes cantidades de recursos económicos y sanitarios.

La viabilidad biológica de esta enfermedad se fundamenta en los siguientes criterios: el hombre como único reservorio del agente etiológico, la disponibilidad de test diagnósticos seguros y la disponibilidad de una vacuna eficaz.

Diversos estudios en numerosos países desarrollados han demostrado el éxito de algunos programas de control en la consecución del objetivo de la interrupción de la transmisión del agente etiológico. No obstante, se mantienen algunas incertidumbres respecto a la posibilidad de erradicación global en el mundo debido a los siguientes factores: carencia de políticas adecuadas en algunos países desarrollados, control de la transmisión entre adultos, incremento de la densidad de

población en numerosas áreas, epidemia por HIV, control de la transmisión desde casos subclínicos, entre otros.

La conclusión de los autores es que es factible plantearse la erradicación del sarampión, pero ¿cuándo?

NUEVAS RECOMENDACIONES PARA LA DOSIFICACIÓN DE PARACETAMOL RECTAL EN NIÑOS
Initial and subsequent dosing of rectal acetaminophen in children; a 24-hour pharmacokinetic study of new dose recommendation

Birmingham PK y cols.

Anesthesiology 2001; 94: 385-389.

Estudios recientes han establecido que para conseguir concentraciones séricas en rango terapéutico tras la administración por vía rectal de paracetamol, deben utilizarse dosis iniciales de 40 mg/kg. Los autores de este estudio se proponen estudiar diversos aspectos farmacocinéticos cuando se utiliza esta dosis inicial seguida de dosis de 20 mg/kg cada 6 horas. Para ello, administran estas dosis a 16 niños y toman muestras seriadas de sangre venosa cada 30 minutos las primeras 4 horas, cada hora las siguientes 4 y cada 4 horas las siguientes 16 horas.

Los datos que obtienen confirman que la dosis inicial de 40 mg/kg seguida de dosis cada 6 horas de 20 mg/kg (siempre por vía rectal) consigue niveles séri-

cos en rango terapéutico de este fármaco, sin evidencias de acumulación, aunque también observan una importante variabilidad entre individuos.

EFFECTO DE LA REDUCCIÓN DEL USO DE TELEVISIÓN Y VIDEOJUEGOS EN LA CONDUCTA AGRESIVA

Effects of reducing children's Television and Video Game use on aggressive behavior

Robinson TN, Wilde ML, Navracruz LC, Haydel KF, Varady A.

Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155: 17-33.

Ensayo clínico randomizado controlado de intervención sobre niños de tercer y cuarto grado (edad media 8,9 años) de dos escuelas elementales de similares características respecto al nivel socioeconómico. Los niños del grupo de estudio recibieron 18 lecciones a lo largo de 6 meses con el fin de reducir el tiempo empleado en videojuegos y TV a un máximo de 7 horas y hacerlo de forma "inteligente" aleccionando a los niños en este fin. Por otro lado a los padres se les envió cartas sugiriendo estrategias para motivar a sus hijos.

La evaluación de la conducta agresiva inicialmente y post-intervención fue realizada mediante encuesta cuestionario autocompletado los mismos días en

ambas escuelas realizado por un miembro investigador y mediante encuesta telefónica a sus padres. Los profesores no participaron en la evaluación.

Los autores concluyen que tras la intervención se produjo una reducción significativa en la conducta agresiva (verbal observada directamente) comparada con los controles, no encontrándose diferencias según el sexo. No se observaron diferencias en cuanto a la percepción de los padres de conductas agresivas en ambos grupos antes y después de la intervención.

Aunque la relación entre conducta agresiva y la exposición a la violencia en los medios está bien documentada, pocos estudios de posibles soluciones han sido evaluados.

NUEVAS TABLAS DE CRECIMIENTO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (DE 0 A 20 AÑOS DE EDAD) DE REFERENCIA EN ESTADOS UNIDOS

Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al.

CDC growth charts; United States. Advance data from vital and health statistics; n°. 314. Hyattsville, Maryland; National Center for Health Statistics, 2000
(<http://www.cdc.gov/growthcharts>)

Las autoridades sanitarias de EEUU han publicado recientemente (junio

2000) unas tablas de referencia nuevas para la valoración de todos los parámetros relacionados con el crecimiento en niños, adolescentes y jóvenes hasta los 20 años de edad. Éstas sustituyen a las anteriores de 1977.

El texto publicado incluye 16 gráficas actualizadas; para niños de 0 a 3 años de edad: peso, longitud, peso/longitud y perímetro cefálico; para niños y jóvenes de 2 a 20 años de edad: peso, talla, peso/talla e índice de masa corporal. El texto incluye también una exposición de la metodología y un análisis de las diferencias más notables entre las gráficas vigentes hasta ahora que databan de 1977 y las actuales.

Aunque se trata de referencias hechas en/para la población de EEUU, y en nuestro trabajo diario debemos utilizar preferentemente referencias locales obtenidas en nuestro entorno, es un valioso documento a tener en cuenta y de consulta.

El documento completo, incluyendo todas las gráficas, es de dominio público, pueden utilizarse y reproducirse sin autorización previa, y pueden obtenerse en la dirección de Internet <http://www.cdc.gov/growthcharts>.

PATRÓN DE DISTRIBUCIÓN DE COLESTEROL TOTAL Y CHDL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES: ESTUDIOS RICARDIN

Brotos C, Gabriel R, Muñiz J y cols.
Med Clin (Barc) 2000; 115: 644-649.

COLESTEROL EN LA INFANCIA: UN TERRENO ABONADO A LA CONFUSIÓN

Gómez Gerique, JA.
Med Clin (Barc) 2000; 115: 658-660.

En este número de Medicina Clínica se publican dos artículos acerca del colesterol (COL) en los niños. El primero es un original que incluye aportaciones complementarias al estudio RICARDIN publicado en Anales Españoles de Pediatría en 1995 y el segundo un editorial a propósito del anterior.

Se acepta actualmente que las medidas preventivas de la arteriosclerosis y patologías asociadas deben ponerse en práctica precozmente, probablemente ya en la infancia. Este hecho ha estimulado los estudios del perfil lipídico en la infancia. En nuestro país se han publicado datos procedentes de Navarra, Menorca, Galicia, Madrid, Cuenca y otros de base poblacional más amplia, entre los que se encuentra el estudio RICARDIN y que constituye la referencia más aceptada para la población infantil.

Los niveles plasmáticos de lípidos en una población reflejan una situación

compleja con múltiples dependencias, entre las cuales y simplificando pueden citarse a dos, los factores genéticos y los dietéticos. Los factores genéticos son poco modificables, pero los dietéticos sí y tienen en muchas ocasiones su origen en la infancia.

Se han diseñado intervenciones para modificar los hábitos de vida (entre los que se incluye la dieta) dirigidas tanto a poblaciones en su conjunto como otras individualizadas dirigidas a personas consideradas de alto riesgo. En su conjunto ambos tipos de intervenciones pueden conseguir cambios en la incidencia de la cardiopatía isquémica, en algunos casos sólo discretos pero significativos.

En este trabajo, los expertos del Proyecto RICARDIN se proponen comparar las medias de COL total y el patrón de distribución del COL total y cHDL según la edad y sexo obtenidos en su estudio en las diferentes provincias españolas, y además compararlos con distintas revisiones internacionales. Se encuentran diferencias significativas entre los valores de COL en distintas provincias que merecerían ser investigadas; asimismo, el patrón del COL en niños y adolescentes es equivalente al señalado en otros estudios internacionales y no sigue un modelo lineal sino curvilí-

neo que hace que merezca la pena tenerse en cuenta al valorar clínicamente determinaciones aisladas de colesterol en niños y adolescentes.

La editorial destaca el interés de conocer el perfil lipídico de la población infantil en España, tal como pretende el original referido, pero apunta diversas incertidumbres no aclaradas, en su opinión, en el estudio RICARDIN. Llama la atención al autor del editorial que las cifras absolutas de COL de este estudio sean claramente inferiores a las que han mostrado otros estudios similares importantes. Además destaca dudas sobre la metodología usada en la manipulación química de las muestras. Por ello opina el autor que este estudio no resuelve la necesidad de información en este terreno.

Se acepta que las intervenciones de base comunitaria pueden favorecer la instauración de hábitos más adecuados para la salud cardiovascular, y que los hijos de padres con cardiopatía coronaria prematura o hiperlipemias genéticas constituyen un grupo de especial riesgo y por tanto el grupo en el que estaría indicado conocer su perfil lipídico. Se acepta también que los niños susceptibles de intervención son aquéllos con niveles de COL total o cLDL por encima del percentil 90 para su edad y sexo. Pero sigue quedando pendiente, en opi-

nión del editorialista, conocer los valores de referencia específicos para la población infantil española.

SEGURIDAD E INMUNOGENICIDAD DE UNA VACUNA INACTIVADA DE HEPATITIS A EN NIÑOS ARGENTINOS

Safety and immunogenicity of a pediatric formulation of inactivated hepatitis A vaccine in Argentinean children

López EL, Xifró MC, Torrado LE, De Rosa MF, Gómez R, Dumas R, Wood S, Contrini D, Contrini MM.

Pediatr Infect Dis J 2001; 20: 48-52.

Los niños son un importante reservorio del virus de Hepatitis A, por lo que deben ser considerados de forma prioritaria en cualquier estrategia de inmunización. El presente trabajo se trata de un ensayo clínico en el que se evalúa la seguridad e inmunogenicidad de una nueva formulación pediátrica de un vacuna de virus inactivados AVAXIM 80 (Aventis Pasteur) que contiene la mitad de dosis antigénica del adulto, administrada en dos dosis con 6 meses de intervalo en 537 niños argentinos de 12 meses a 15 años. Dos semanas después de la primera dosis el 99% de los niños inicialmente seronegativos habían seroconvertido. Después del booster a las 24 semanas todos seroconvirtieron. Se observaron efectos adversos inmediatos con reacciones locales

en el 0,6% de los niños, tan sólo 3 niños tuvieron fiebre el primer día tras la inyección, aunque en los primeros 7 días tuvieron fiebre 37 niños tras la primera dosis y 22 después de la segunda. Parece

interesante tener en cuenta a este estudio y similares antes de decidir una política vacunal frente a Hepatitis A cuya última finalidad será la reducción y eventual erradicación de la enfermedad.

Crítica de Libros

MANUAL DE REHIDRATACIÓN

Álvarez Calatayud G, Manrique

**Martínez I, Benito Fernández J y Pou
Fernández J.**

*Sociedad Española de Urgencias de
Pediatria, año 2000.*

Se trata de un manual realizado con la colaboración de un amplio grupo de especialistas, la mayoría de ellos profesionales de la urgencia pediátrica. Está avalado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (integrada en la AEP), con el ánimo de que constituya una publicación de referencia.

Repasa en profundidad, a lo largo de veintidós capítulos, el tratamiento oral para la restitución hídrica en distintas situaciones (diarreas, vómitos, actividad deportiva..).

El texto es de agradable lectura y constituye un fondo de biblioteca interesante y de mucha utilidad práctica.

MANUAL PRÁCTICO DE REUMATOLOGÍA

PEDIÁTRICA

González Pascual E.

Editorial mra, S.L.

Patrocinado por Laboratorios Menarini

Excelente libro coordinado por el autor principal, realizado con la colaboración de profesionales de la reumatología pediátrica de toda España, que su-

pera el tamaño de un manual, y que tal y como dice su título es eminentemente práctico.

En este sentido sus tres primeros capítulos dedicados a semiología, evaluación clínica y valoración analítica de las enfermedades reumáticas, y los dos últimos relativos a datos que sugieren una enfermedad reumática, recopilación de tablas y criterios diagnósticos útiles, son para el pediatra de Atención Primaria de sumo interés.

Posteriormente repasa todas las enfermedades reumáticas haciendo una revisión sistemática de las mismas. Documentada posteriormente, en la mayoría de los casos, con un caso clínico tipo comentado.

Su índice de entradas de búsqueda es bueno y la presentación cuidada. Si bien durante el texto la figuras son siempre en blanco y negro, al final dispone de un atlas fotográfico en color muy interesante.

NELSON, TRATADO DE PEDIATRÍA

**Behrman RE, Kliegman RM y Jenson
HB.**

McGraw-Hill-Interamericana,

16ª edición, año 2000.

Esta nueva edición consta de dos grandes volúmenes con un total de 2.609 páginas, que dan cabida a 728 ca-

pítulos escritos por 247 autores. Además de que hay capítulos nuevos, la forma de distribuirlos en el texto ha sufrido algunos cambios con respecto a ediciones previas, quedando todos ellos clasificados en 34 partes, algunas de las cuales tienen a su vez varias secciones. Como es lógico en una obra general tan extensa, algunos temas son tratados con mayor profundidad que otros, pero es muy raro que no se encuentre un comentario básico y útil sobre cualquier motivo de consulta pediátrico.

Resulta pretencioso valorar la calidad científica de un texto así. No obstante, para redactar este comentario se han evaluado algunos de los capítulos que incluyen enfermedades comunes en Atención Primaria. El capítulo "Asma" es magnífico, y es uno de los que ha crecido notablemente con respecto a ediciones no tan antiguas. Algo parecido ha sucedido con el capítulo "Otitis media y sus complicaciones". Sin embargo, otros problemas de salud prevalentes, como "Fiebre sin foco infeccioso evidente", o "Enuresis" son demasiado superficiales. El capítulo "Neumonía" tiene un enfoque poco práctico, pues pasa rápidamente del síndrome a la etiología concreta, cuando es sabido que la gran mayoría de las neumonías se manejan de forma empírica, sin co-

nocer la etiología (especialmente en medio extrahospitalario). Además en este capítulo hay un error ortográfico (Neumonía por "miscoplasma").

Es muy difícil encontrar algún comentario que parezca anticuado o incorrecto, pero en el capítulo "Dolor abdominal recurrente de la infancia" (pg. 1.290) dice: "Si se piensa en una enfermedad péptica, se llevará a cabo en primer lugar una prueba de anticuerpos frente a *Helicobacter pylori*, seguida de una esofagogastroduodenoscopia si los resultados son negativos". Tal como aquí se expresa, parece que se refiere a los anticuerpos en sangre, que hasta la fecha son menos fiables que otras pruebas de uso común (especialmente la de 13C-urea en aire espirado). En general, también se observa una gran prudencia de los autores a la hora de validar nuevos tratamientos.

La iconografía en color se agrupa al inicio, y, aunque es buena, podría ser más extensa. Las fotografías en blanco y negro del resto del texto cumplen todas su función docente, pero la calidad de las imágenes es algo dispar (algunas son mejorables).

El estilo de redacción del libro es espléndido. Como dicen sus editores en el prefacio: "Al igual que en ediciones anteriores, nuestro objetivo es conseguir

ser al mismo tiempo exhaustivos y concisos".

Para concluir, citamos la frase del Prof. Alfonso Delgado, que al presentar la edición española dice que es "sin duda el mejor libro de Pediatría escrito hasta la actualidad".

TU PRIMER HIJO. TANTAS COSAS QUE QUIERES SABER Y NO TE ATREVES A PREGUNTAR

Sáez Pérez E.

Editorial ESPASA (Guías ESPASA), 1999.

El Dr. Sáez, Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Getafe (Madrid) tiene una amplia experiencia como autor de artículos y libros de divulgación para padres.

El libro que nos ocupa es un manual de 275 páginas destinado a padres. Su lenguaje accesible, redacción impecable

y algunos detalles de humor, hacen que sea de lectura fácil y entretenida. Proporciona gran cantidad de información sobre los cuidados y problemas habituales de los niños de hasta 1 año de edad, incluido un primer capítulo de preparación antes del parto. En el título quizá debería mencionar que habla sólo de problemas de estas edades (menores de 1 año), y no posteriores.

Resulta aconsejable para padres, en especial primerizos, pero también para matronas, enfermeros e incluso para estudiantes de pediatría y pediatras, ya que algunos de los problemas que trata, unos ciertamente banales, pero otros no tanto, no son habitualmente estudiados por los residentes de pediatría, cuya formación, como es sabido, suele ser exclusivamente hospitalaria.

