

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. ESTUDIO EFECTUADO EN 1.216 NIÑOS

Guía JM, Bosch V, Castro FJ, Rodríguez E, Gracián M, Marset P.
Acta Pediatr Esp 2001; 59: 299-306.

Los autores hacen un estudio retrospectivo desde 1978 a 1999 para valorar las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de las cardiopatías congénitas en su hospital.

Encontraron que la mitad de los niños estudiados presentaban estos síntomas o signos: auscultación de un soplo, insuficiencia cardíaca, cianosis, y crisis hipoxémicas. La edad del diagnóstico fue tardía, solo un 20% se diagnosticó en la primera semana de vida y el resto después del primer año de vida. Los diagnósticos se confirmaron mediante cateterismo. Precisaron tratamiento médico el 40% de los niños, y cirugía el 21%. En cuanto a la edad de la cirugía paliativa la mitad de las intervenciones se realizaron antes de los 6 meses de edad y en cuanto a la cirugía correctora la mayoría después del 1 año.

Les llama la atención a los autores la baja tasa de diagnósticos precoces y lo relacionan con una época en la que todavía no se utilizaba la ecografía bidimensional.

Actualmente el cateterismo con fines diagnósticos ha sido sustituido por la ecografía bidimensional Doppler y el tratamiento quirúrgico se tiende a realizar cada vez más precozmente y con correcciones definitivas, no paliativas.

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE FÓRMULAS PARA EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría.

An Esp Pediatr 2001; 54: 372-379.

Interesante artículo donde hacen una exhaustiva revisión sobre las recomendaciones actuales del empleo de fórmulas especiales en el tratamiento de las reacciones adversas a las proteínas de leche de vaca (PLV). En primer término hacen una definición de los cuadros que engloban: alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV), intolerancia a las proteínas de leche de vaca (IPLV) donde se encuadran diversos cuadros fundamentalmente gastrointestinales, enteropatía sensible o inducida por leche de vaca (ESLV), esofagítis o gastritis eosinofílica, enterocolitis y proctitis.

Existen en la actualidad tres tipos de fórmulas: las hidrolizadas, de soja y las

dietas elementales. Las fórmulas hidrolizadas (originalmente denominadas dietas semielementales) en las que las proteínas sufren una hidrólisis formando péptidos inferiores a 1.500 Da, no contienen lactosa, contienen triglicéridos de cadena media (MCT) y estarían indicadas en la ALPV sea cual sea su manifestación clínica. Se ha demostrado su eficacia en la prevención primaria de alergopatías y están especialmente indicadas en IPLV sobretodo ESLV y la colitis alérgica. Las fórmulas hipoalergénicas o hipoantigénicas conocidas como HA, denominadas actualmente (F-PH) con hidrólisis parcial de las proteínas (contienen péptidos entre 5.000-12.000Da) no han demostrado de forma convincente su eficacia en la prevención primaria de la sensibilización a proteínas lácteas. Están contraindicadas en el tratamiento de cualquier forma de APLV o IPLV.

Las fórmulas extensivamente hidrolizadas (F-EH) son similares a las semielementales respecto a las proteínas pero mantienen el resto igual que las fórmulas de inicio. Por su contenido en lactosa, pueden mantener trazas de PLV intactas por lo que pueden originar síntomas en pacientes muy sensibilizados, o facilitar su persistencia. No deben de utilizarse si existe enteropatía malabsorbtiva.

Respecto a las fórmulas de soja, no se ha demostrado reactividad cruzada entre los antígenos de las PLV y los de soja. Los expertos concluyen que pueden estar indicadas en APLV, aunque parece prudente no darlas a lactantes pequeños de 6 a 12 meses con síntomas digestivos. Pueden utilizarse en casos de anafilaxia pero no en casos de enteropatía.

Las dietas elementales a base de L-aminoácidos, dextrinomaltosa, aceite de maíz y MCT, son teóricamente de nula capacidad sensibilizante, deben de utilizarse exclusivamente en casos de intolerancia a múltiples fórmulas especialmente si existe eccema y enteropatía.

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN EL NIÑO BASADA EN LA EVIDENCIA Y EL CONSENSO.

An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management.

Armon K. et al.

Arch Dis Child 2001; 85: 132-142.

Los autores presentan en este trabajo una detallada guía para el manejo de los niños con diarrea aguda (GEA) con o sin vómitos. Para la elaboración de esta guía clínica parten de una revisión sistemática de los trabajos relevantes obtenidos en las bases de datos de Medline (1966 a 1998), Embase (1980 a 1998) y Cochrane (hasta 1998) y un procedi-

miento de consenso con metodología Delphi con 39 expertos. Entre lo más destacado puede incluirse lo siguiente:

- Diagnóstico diferencial del niño con diarrea aguda; recomiendan buscar etiologías distintas a la GEA viral en caso de presentar: dolor abdominal con defensa, palidez, ictericia, oligo/anuria, sangre en heces, afectación general y shock.
- Estimación de la severidad de la deshidratación; recomiendan el uso de métodos clínicos tradicionales (pérdida de peso, signos clínicos como hidratación de mucosas, etc.).
- Exámenes de laboratorio; recomiendan realizar análisis de urea/creatinina, electrolitos y pH/bicarbonato en las siguientes circunstancias: deshidratación severa y compromiso hemodinámico, deshidratación moderada con sospecha de hipernatremia y deshidratación con hallazgos no coherentes con la sospecha clínica inicial.
- Rehidratación; recomiendan usar rehidratación oral en casos de deshidratación leve o moderada con una solución apropiada y con el ritmo y cantidad adecuados; en casos de mala disposición o imposibilidad de su administración domiciliaria, así como si hay una mala evolución, recomien-

dan valorar la administración mediante sonda nasogástrica o vía venosa.

- Composición de la solución de rehidratación oral; recomiendan seguir las recomendaciones de ESPGAN y usar productos de baja osmolaridad, con 60 mmol/l de Na, 20 mmol/l de K, ≥ 25 mmol/l de Cl y 74 a 111 mmol/l de glucosa.
- Inicio de la realimentación; recomiendan continuar la toma de pecho materno en los lactantes alimentados de esta forma durante la rehidratación; en los niños mayores recomiendan interrumpir la alimentación durante la fase inicial de la rehidratación, reiniciándola en cuanto se consiga una buena hidratación.
- Criterios de ingreso hospitalario; recomiendan ingreso hospitalario en estas situaciones: deshidratación severa y niños con alto riesgo de deshidratación (menores de 6 meses de edad, heces acuosas frecuentes –más de 8 en 24 horas– y vómitos repetidos).
- Uso de fármacos; recomiendan no usar fármacos antidiarreicos.

Como todas las guías clínicas, las recomendaciones deben ser consideradas en el conjunto de datos de cada paciente individual, y aplicadas con el mejor juicio clínico posible.

UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON DOSIS BAJAS DE ANTIBIÓTICOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS
Antibiotic for the prevention of urinary tract infection in children: a systematic review of randomized controlled trials.

Williams G, Lee A, Craig J.

J Pediatr 2001; 138: 868-874.

A los 7 años de edad, el 8% de las niñas y el 2% de los niños han tenido al menos 1 infección urinaria (ITU); aproximadamente el 40% de ellos requerirán hospitalización; en el 40% de los casos se demuestra daño renal transitorio y definitivo en el 5%, aún después de la primera ITU; los niños que han tenido un episodio de ITU tienen riesgo de presentar nuevos episodios y los factores que incrementan este riesgo son el reflujo véscoureteral, sexo femenino, inestabilidad vesical entre otros.

El presente estudio es una revisión sistemática de todos los ensayos controlados y randomizados que comparan la eficacia de la administración de antibióticos (cotrimoxazol, nitrofurantoina o trimetoprima) a largo plazo (al menos 2 meses) a dosis bajas con placebo o sintratamiento. Se incluyen 5 ensayos que cumplen los requisitos,

con 463 pacientes en total. Todos los ensayos incluidos se publicaron entre 1968 y 1978.

El análisis de los datos aportados por estos ensayos y debido a los problemas metodológicos que les afectan no permiten despejar totalmente las dudas y no permiten establecer con certeza la eficacia de la intervención estudiada. Este estudio demuestra que una práctica muy extendida, como es el uso de antibióticos a largo plazo y con dosis bajas para la profilaxis de las recurrencias, tienen una base de evidencias científicas aún débiles y precisan ser objeto de nuevos estudios.

EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS SOBRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR

Children's school performance is not impaired by short-term administration of diphenhydramine or loratadine.

Bender BG, McCormick DR, Milgrom H.

J Pediatr 2001; 138: 656-660.

El uso de antihistamínicos de primera generación en adultos está relacionado con una clara disminución de la capacidad de reacción y del estado de alerta. Los antihistamínicos de segunda generación parecen mostrar una clara ventaja en este aspecto, tal como han mostrado diversos estudios sobre adultos.

Se ha supuesto que el uso de estos fármacos en niños seguiría un patrón similar en cuanto a los efectos sobre el estado de alerta, la sedación y la capacidad de aprendizaje de niños en edad escolar. No hay suficiente información acerca de este punto, y este trabajo se propone estudiar estos aspectos.

En el trabajo analizado, se incluyen 63 niños de 8 a 10 años de edad, con rinitis alérgica estacional pero asintomáticos en el momento del estudio, y se distribuyen en tres grupos; uno recibe difenhidramina (dos dosis diarias de 25 mg durante tres días), otro loratadina (una dosis al día de 10 mg y otra de placebo, tres días) y el tercero sólo placebo (dos dosis diarias, tres días). El diseño es el de un ensayo controlado, randomizado y a doble ciego.

Estudian el estado de alerta y el rendimiento escolar mediante diversas pruebas: pruebas de retención de materias habladas y escritas cada día, cuestionarios de autoevaluación y test de medición del tiempo de reacción mediante dispositivos computarizados.

Los resultados muestran que ninguno de los fármacos ha afectado la capacidad de alerta y aprendizaje de los niños, lo cual resulta sorprendente incluso para los autores, a la luz de los datos disponibles de estudios en adultos. En éstos, los datos epidemiológicos sobre el efecto de

estos fármacos en la génesis de los accidentes de tráfico aportan datos suficientes para atribuirles un efecto sedante significativo; en niños este dato no es factible, obviamente, y quizá no se hayan elegido tests lo suficientemente sensibles para detectar estos efectos. Se trataba de niños asintomáticos en el momento del estudio; quizá los pacientes sintomáticos pudieran responder de forma diferente. En el estudio se administraron estos fármacos sólo durante tres días; los niños sintomáticos probablemente tomarán estos fármacos más tiempo, y ello pudiera condicionar distintos efectos. En todo caso estos datos sugieren la necesidad de nuevos estudios para documentar los posibles efectos de los antihistamínicos sobre la capacidad y rendimiento escolar y las eventuales ventajas de los fármacos más modernos.

EL CHUPETE COMO FACTOR DE RIESGO DE OTITIS MEDIA AGUDA: ESTUDIO CONTROLADO DE DISEÑO ALEATORIO SOBRE CONSEJOS A LOS PADRES

Niemelä M, Pihakari O., Pokka T, Uhari M, Uhari M.

Pediatrics (ed. Esp.) 2000; 50: 154-158.

Se trata de un original cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la utilización del chupete y el aumento de la incidencia de otitis media aguda.

Es un estudio de cohorte, aleatorio, controlado y prospectivo, con una intervención en forma de consejos sobre la restricción del uso del chupete en niños menores de 18 meses. Los niños fueron seleccionados de 14 clínicas infantiles de una ciudad del norte de Finlandia. Se formaron pares de clínicas y uno de cada par fue asignado aleatoriamente a la intervención y el otro sirvió como control. En el grupo de intervención, durante las visitas programadas de control de salud, el personal de enfermería dio charlas a los padres y entregó folletos informativos con el objetivo de limitar el uso del chupete (uso libre del chupete hasta los 6 meses, a partir de los 6 meses uso limitado a los momentos de conciliación del sueño e interrupción después de los 10 meses).

Se seleccionaron un total de 484 niños menores de 18 meses (272 en el grupo de intervención y 212 de control). Después de la intervención se objetivó una disminución del 21% en la utilización continua del chupete a los 7-18 meses de edad, y la incidencia de otitis media fue un 29% menor entre los niños del grupo de intervención. En ambos grupos, en los niños que no utilizaron continuamente el chupete se evidenció un 33% menos de episodios de otitis media que en niños que lo utilizaron.

La utilización del chupete, según los autores, es un factor de riesgo prevenible de otitis media en niños, siendo su restricción muy eficaz en la prevención de episodios agudos.

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE SINUSITIS AGUDA

**Garbutt JM, Goldstein M, Gellman E,
Shannon W, Littenberg B.**

Pediatrics (Ed Esp)2001; 51: 230-236.

No está claro el beneficio clínico del tratamiento antimicrobiano en niños con sinusitis aguda. Los autores realizan un ensayo clínico comparando el tratamiento de 14 días con amoxicilina o amoxicilina-clavulánico frente a placebo en 180 pacientes de 1 a 18 años de edad, que presentaban síntomas persistentes sinusales desde 10 a 28 días antes y con el diagnóstico clínico de sinusitis aguda. Valoran cuantitativamente la evolución de los síntomas mediante una escala de 0 a 3 (obstrucción nasal, tos diurna, tos nocturna, cefalea o dolor facial y moco verdoso, aunque algunos autores han observado que el exudado nasal se asocia a enfermedad sinusal independientemente de su color) y evalúan la mejoría subjetivamente percibida por los padres durante un periodo de dos meses.

El 81% de los pacientes, mejoraron al cabo de 7 días de ser incluidos en el estudio, independientemente del tratamiento y el 87% a los 10 días. El dolor abdominal fue más frecuente en los tratados con amoxicilina y la incidencia de diarrea fue similar en los tres grupos (20%).

A falta de una prueba fidedigna, se sugiere emplear criterios clínicos en el diagnóstico de sinusitis aguda, ya que las pruebas de imagen presentan unos elevados porcentajes de falsos positivos.

Los autores concluyen en primer lugar, que los criterios clínicos recomendados para el diagnóstico no identifican los niños que se beneficiarán del tratamiento antimicrobiano. En segundo lugar, que el retraso del inicio del tratamiento hasta las 3 semanas desde el inicio de los síntomas puede disminuir el uso innecesario de antibióticos y permite la resolución espontánea de los síntomas al menos en el 80% de los pacientes. En tercer lugar, que si el tratamiento se inicia después de los 10 días, debería utilizarse amoxicilina. Los autores comentan las limitaciones de su estudio y que sus hallazgos difieren de otros ensayos, probablemente en relación con la selección de los pacientes, y por diferencias metodológicas (diagnóstico de imagen como criterio de inclusión) por lo que en otros trabajos se excluyeron hasta el 20% de los pacientes, con un elevado porcentaje de abandonos y la falta de análisis de intención de tratar.

No se prescribieron tratamientos sintomáticos, ni se comunicó el empleo de medicamentos sin receta para aliviar los síntomas.

