

FULGURACIÓN POR RAYO A TRAVÉS
DEL TELÉFONO. A PROPÓSITO
DE UN CASO

**Martín MA, Pérez JL, Cuadrillero MC,
Parrondo S, González F y Pérez C.**

Bol Pediatr 2001; 41: 376.

Breve revisión de la patología producida por la caída de un rayo de modo directo o indirecto, como es el caso presentado que motiva la breve nota. Se presentó como comunicación en la reunión de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP) en noviembre de 2001 en Valladolid. En contra de lo que se podía pensar, el ser humano, en este caso un niño de 13 años, puede sobrevivir a la caída de un rayo. (Disponible a texto completo en: www.sccalp.org/boletin_178.htm).

VARIABILIDAD Y PERTINENCIA

DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS
PARA LA OTITIS MEDIA AGUDA EN LA INFANCIA

*The variability and appropriateness
of the antibiotic prescription of acute
otitis media in childhood.*

Solís G, Ochoa C, Pérez Méndez C.
**The Spanish Study Group for Antibiotic
Treatments.**

*Int J Pediatr Otorrinholaryngol 2000;
56: 175-184.*

Trabajo original, fruto de una enco-miable coordinación entre los especialistas de diferentes Centros y niveles asistenciales españoles, que componen el citado Grupo de Estudio sobre Antibioterapia. Su calidad metodológica e interés han propiciado su publicación en un medio internacional.

Seleccionan todos los casos diagnosticados de otitis media aguda (OMA) en los servicios de urgencias de 11 hospitales participantes, durante 30 días al azar, del primer semestre de 1997. Se recogen para el análisis las prescripciones antibióticas realizadas. El efectivo muestral es de 821 niños, superior a los 600 estimados como necesarios en estudio piloto previo. Edad media de 27 meses, con 64,4% entre 3 y 18. Los antibióticos prescritos se agrupan en 7 categorías, analizando la variabilidad mediante X^2 .

Tras estudio de la bibliografía nacional e internacional, realizado por un panel de expertos, se jerarquiza en 3 niveles de evidencia la adecuación de los distintos tratamientos, clasificándose las prescripciones según estos niveles y analizando también la variabilidad tanto global como intercentros.

De los resultados destaca: 93,4% se trató con antibiótico (entre 0 y 14% se-

gún el hospital). Sólo un 61,8% eran de 1ª elección, según la jerarquía de evidencia científica. Aunque hubo menor proporción de prescripciones "inadecuadas" en Centros universitarios o con urgencias pediátricas específicas, las diferencias no eran estadísticamente significativas.

Conclusiones: El tratamiento antibiótico de la OMA es la regla en las urgencias hospitalarias españolas. Entre amoxicilina, con o sin clavulánico, cefuroxima y cefaclor copan el 75% de las prescripciones (el más recetado globalmente fue amoxicilina-clavulánico, llegando al 40% de los casos). Según las evidencias disponibles, hasta un 25% de los tratamientos podrían considerarse inadecuados. Llama la atención una excesiva variabilidad en los criterios de prescripción entre los diferentes Centros. Una parte considerable de dicha variabilidad no se explica por criterios racionales, pudiendo atribuirse a factores de tipo "idiosincrásico".

N. del R.: Sorprende el poder de la medicina defensiva respecto a la basada en la evidencia; dado que, según las pruebas, la antibioterapia contra placebo permite, nada más, aliviar el dolor en 1 niño de cada 7 (ver resumen del estudio Cochrane en el nº 2 de esta revista). Sería muy recomendable conseguir un mayor acuerdo en la terapéutica de un proceso

tan frecuente, entre otros motivos, haría más creíble la opinión del pediatra.

SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

VALORACIÓN, MANEJO Y PREVENCIÓN
Suicide in teenagers. Assessment, management and prevention.

Zametkin AJ, Alter MR and Yemini T.
JAMA 2001; 286: 3120-3125.

La presentación de un trágico caso de suicidio de una adolescente norteamericana de 16 años, deportista, sin aparentes problemas de adaptación académica y familiar, sirve a los autores para realizar una extensa revisión bibliográfica sobre el tema.

El repaso minucioso de la historia previa al suceso, con entrevistas detalladas a los allegados, sirvió para desvelar los sutiles factores de riesgo que presentaba la adolescente y que habían pasado desgraciadamente desapercibidos. La misma falta de signos de alarma claros es muy común en otros casos semejantes.

Tras ofrecer algunos datos epidemiológicos, se centran en las características clínicas de los adolescentes suicidas, destacando como principales factores de riesgo: tentativa previa, síntomas depresivos, abuso de sustancias, impulsividad e historia familiar. Se detallan las teorías genéticas haciendo hincapié en la del déficit hereditario de la síntesis de serotonina.

En cuanto al abordaje terapéutico y preventivo, ninguna psicoterapia parece ser superior a otras; el abandono de los tratamientos suele ser la regla y, aunque no hay evidencias de que sea mejor, hay consenso sobre el ingreso hospitalario inicial y el seguimiento por equipos especializados de los que han intentado el suicidio.

La farmacoterapia, tampoco ha demostrado su eficacia en disminuir las tendencias suicidas en adolescentes. No obstante, por su mejor tolerancia, es preferible el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina a los tricíclicos, para los pacientes depresivos en estas edades.

Los programas preventivos comunitarios tampoco han probado ser capaces de disminuir la incidencia.

A pesar de lo desalentador que resulta carecer de pruebas sólidas en las que basar la conducta del profesional sanitario, es muy recomendable extremar la alerta sobre los síntomas depresivos del adolescente y la ideación suicida.

INCIDENCIAS CARDIORESPIRATORIAS REGISTRADAS MEDIANTE

LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA

Cardiorespiratory events recorded on home monitors.

Rangasamy R, Corwin M, Hunt C,

Lister G, Tinsley L, Baird T, et al.

JAMA 2001; 285: 2199-2207.

Se trata de un estudio colaborativo multicéntrico, cuyo objetivo es contrastar la hipótesis de un mayor riesgo de incidencias cardiorrespiratorias en ciertos subgrupos de lactantes sometidos a monitorización domiciliaria cardiorrespiratoria. Para ello se llevó a cabo un diseño longitudinal de cohortes, con población de 5 áreas metropolitanas de EEUU, durante el periodo entre mayo de 1994 y febrero de 1998.

Los 1079 sujetos participantes se distribuyeron entre los siguientes 7 grupos, con diferente riesgo a priori de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y, supuestamente, de alarmas en la monitorización, que se realizó durante periodos de hasta 6 meses por niño:

A) Nacidos a término. Grupos: 1) "Sanos": Se tomó como control para la comparación de riesgo diferencial. 2) Con antecedente de hermano con SMSL. 3) Con antecedente de episodio de aparente amenaza vital idiopática (AAVI).

B) Pretérminos entre 34 y 37 semanas de edad gestacional (EG): 4) Con antecedente de hermano con SMSL. 5) Con antecedente de episodio de aparente amenaza vital idiopática (AAVI).

C) Pretérminos < 34 semanas EG: 6) Sintomáticos. 7) Asintomáticos.

La variable dependiente fue la frecuencia de episodios de alarma con umbrales

"convencionales": apnea >20 segundos (seg); bradicardia de <60 latidos por minuto (lpm) durante más de 5 seg o <80 >15 seg, para los de edad menor de 44 semanas postconcepcionales; bradicardia de <50 lpm >5 seg o <60 >15 seg, para los de menos de 44 semanas postconcepcionales; o bien sobre umbrales "extremos": apnea >30 seg; bradicardia de <60 durante más de 10 seg para los de edad menor de 44 semanas postconcepcionales o de <50 lpm. >10 seg. para los de más de 44 semanas postconcepcionales. También se monitorizó mediante pulsioximetría y los episodios obstructivos con bandas de pletismografía de inductancia respiratoria.

Tras un total de más de 700.000 horas de monitorización, se encontraron 6.993 incidencias en 41% de niños, usando los umbrales "convencionales". De ellos 653 ocurrieron en 10% de lactantes que superaron los umbrales "extremos".

Seis niños murieron durante el periodo de estudio, ninguno mientras estaba siendo monitorizado. Dos casos fueron SMSL con todos los criterios y otros 3 fallecimientos muy probables aunque faltó el reconocimiento de la escena. El 6º caso se trató de homicidio.

Sólo los 4 grupos de pretérminos mostraron un significativo mayor riesgo de in-

cidencias respecto a los controles sanos, siendo máximo el riesgo para los sintomáticos de menor edad gestacional (parece lógico). El riesgo se igualó a partir de la edad de 44 semanas postconcepcionales.

Como conclusión práctica, sugieren los autores mejorar los sistemas de monitorización para no perder los frecuentes casos con obstrucción respiratoria. No se puede concluir, con este estudio, que estos sistemas de vigilancia sirvan como prevención del SMSL, lo que por otra parte no era su objetivo.

ENSAYO ALEATORIO,
DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO
DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO
DOCOSAHEXAENOICO EN NIÑOS
CON TRASTORNOS POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD
*A randomized, double-blind,
placebo-controlled trial
of docosahexaenoic acid
supplementation in children with
attention-deficit/hyperactivity disorder.*

**Voigt RG, Llorente AM, Jensen CL,
Fraleley JK, Berretta MC, Heird WC.**
J Pediatr 2001; 139: 189-196.

El objetivo de este ensayo clínico fue determinar si el suplemento con ácido docosahexaenoico durante 4 meses, disminuía los síntomas de la enfermedad por déficit de atención e hiperacti-

vidad (ADHD), dado que los niños con esta enfermedad presentan bajos niveles en plasma de este producto.

A 63 niños (entre 6 y 12 años) con ADHD que recibían tratamiento con estimulantes (metilfenidato o dextroanfetaminas) se les suplementó con 345 mgs/día de ácido docosahexaenoico o placebo durante 4 meses.

Se valoró los niveles plasmáticos de ácidos grasos, el déficit de atención, la impulsividad y el comportamiento (con diferentes test). No encontraron mejoría estadísticamente significativa, ni objetiva ni subjetiva de los síntomas de ADHD.

LA POSICIÓN EN PRONO PARA DORMIR
DIFICULTA EL DESPERTAR EN NIÑOS
A TÉRMINO

*The prone sleeping position
impairs arousability in term infants.*

**Horne RS, Ferens D, Watts AM,
Vitkovic J, Lacey B, Andrews S, et al.**

J Pediatr 2001; 138: 811-816.

El objetivo de este estudio fue investigar si la posición en prono para dormir dificulta el despertar en niños sanos a término y si este problema está relacionado con variables cardiorrespiratorias, temperatura corporal o edad.

24 niños sanos nacidos a término fueron estudiados con polisomnografía

en 3 ocasiones entre las 2 semanas y los 6 meses de edad. Hicieron múltiples mediciones de su despertar tras la estimulación con un chorro de aire, aplicado sobre las fosas nasales, tanto en la posición en prono como en la supina.

La dificultad para despertar fue significativamente mayor cuando los niños dormían en posición prona entre las 2 y 3 semanas y entre los 2 y 3 meses de edad, pero no entre los 5 y 6 meses. Esta dificultad para el despertar era independiente de su temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno o frecuencia cardíaca.

Concluyen que la posición en prono empeora el despertar en niños sanos a término. Esto ocurre sin cambios clínicos apreciables, cardiorrespiratorios, ni de la temperatura corporal. La dificultad en el despertar en la posición prona es un importante factor de riesgo para la aparición de la muerte súbita.

EFICACIA DE LA DEXAMETASONA ORAL
EN LACTANTES CON BRONQUIOLITIS
NO HOSPITALIZADOS

*Efficacy of oral dexamethasone
in outpatients with acute bronchiolitis.*

Schuh SJ, Coates AL, Binnie R, et al.

J Pediatr 2002; 140: 27-32.

Se trata de un ensayo a doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. Se

incluyen 70 lactantes menores de 2 años de edad, distribuidos en dos grupos; un grupo recibe dexametasona oral (1 mg/kg) y el otro placebo, y son controlados cada hora durante 4 horas, tras las cuales se reevalúan y son dados de alta o ingresados. En el grupo tratado con dexametasona, un 19% fueron hospitalizados, mientras que en el grupo placebo fueron ingresados el 44% ($p=0,039$).

Los autores proponen considerar el tratamiento inicial con dexametasona en casos de bronquiolitis moderada/grave, aunque admiten que es un enfoque que precisa nuevas investigaciones.

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

Hepatitis C Virus Infection

Lauer GM, Walker BD.

N Engl J Med 2001; 345: 41-52.

Excelente artículo de revisión. Interesante ya que a pesar de haber decrecido el riesgo de contagio de las formas pos-transfusionales, siguen existiendo nuevos casos relacionados con el uso de drogas por vía parenteral, así como la exposición a través de mucosas y percutánea. Se describen algunos avances en la comprensión de la patogenia, el conocimiento del genoma, y su respuesta a las diferentes opciones terapéuticas. Se han identificado 6 genotipos diferentes y múltiples subtipos. Se revisan las características clí-

nicas según el sexo y la historia natural de la enfermedad, así como la influencia del tiempo de evolución y el abuso de alcohol en las formas más severas de la enfermedad. Las sobreinfecciones por Hepatitis A pueden provocar una enfermedad aguda severa o incluso una hepatitis fulminante, por lo que actualmente se recomienda la vacunación de Hepatitis A en estos pacientes. Se revisan también los test diagnósticos y las recomendaciones de biopsia hepática. Todos los pacientes son candidatos a la terapia antiviral, individualizando en cada caso el tratamiento más adecuado. El tratamiento se recomienda a las personas con riesgo de evolución desfavorable en ausencia de contraindicaciones. La respuesta al tratamiento en los casos indicados es favorable en torno a la mitad de los pacientes con el empleo combinado de interferón y ribavirina (se revisan indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos).

20 AÑOS DE EXPERIENCIA

EN TUBERCULOSIS INFANTIL

Twenty years of pulmonary tuberculosis in children: what has changed?

Sánchez Albisua I, Baquero F,

Del Castillo F, et al.

Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 49-53.

Los autores describen la experiencia acumulada durante 20 años en el

Hospital Universitario "La Paz" en el manejo de la tuberculosis infantil. Incluyen 324 pacientes, y describen lo más destacado de las formas de presentación clínica y radiológica. Analizan la influencia de la aparición de la infección

por VIH en 1985 y la supresión de la vacunación BCG sistemática en 1987, y encuentran que estos dos factores han tenido una escasa influencia en las tasas de incidencia y características clínicas de la infección y enfermedad tuberculosa.

Crítica de libros

ENFERMEDADES IMPORTADAS EN PEDIATRÍA

Fleta Zaragoza J.

Prensas Universitarias de Zaragoza,
2001.

ISBN 84-7733-562-1.

Las enfermedades importadas son aquellas infecciones adquiridas en un país donde son frecuentes o endémicas y que sin embargo, se manifiestan y diagnostican en otros países, donde constituyen patologías inexistentes o excepcionales. Ésta es la definición de enfermedad importada sugerida en este libro. Se trata de un libro con enfoque práctico y especial atención al tratamiento de las enfermedades incluidas.

Los diversos capítulos del libro están dedicados a enfermedades causadas por bacterias, rickettsias, protozoos, helmintos, virus, hongos y artrópodos. Incluye también un extenso capítulo dedicado a patologías diversas como drepanocitosis, manejo de la fiebre de causa desconocida en estos pacientes, transmisión congénita de protozoos y helmintos, enfermedades parasitarias y no parasitarias relacionadas con animales de compañía, valoración médica de niños adoptados procedentes de países lejanos y recomendaciones sanitarias para viajeros. El libro, además de los ca-

pítulos mencionados, incluye bibliografía, figuras e índices y suman en total 337 páginas.

Constituye un libro de consulta de utilidad dada la creciente prevalencia de enfermedades importadas. Este libro ha sido distribuido por cortesía de Casen Fleet.

PEDIATRÍA PARA PADRES; LAS PREGUNTAS
Y RESPUESTAS SOBRE EL DESARROLLO
Y ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

**Benito J, Mintegui S, Montejo M y
Sánchez J.**

Ed. Ergón, Madrid, 2002.

ISBN 84-8473-072-7

Se trata de una obra ambiciosa dirigida a satisfacer las necesidades de información de los padres respecto a cuestiones de salud de sus hijos. Los autores son pediatras que desarrollan su actividad en el Hospital de Cruces y en Centros de Salud de Sestao y Galdácano, Vizcaya.

Incluye 68 capítulos distribuidos en 5 partes: El recién nacido, Crecimiento y desarrollo normal y sus problemas habituales, Accidentes, Síntomas frecuentes y por último, Enfermedades frecuentes. Es un libro bien editado y su contenido, suficiente, está expuesto de forma ordenada y redactado con lenguaje asequible para el público al que va dirigido.

Un buen libro para recomendar a los padres interesados en "saber más" sobre los distintos aspectos de la salud infantil. Casen Fleet distribuye este libro, en tres entregas, entre los pediatras.

