

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS MORDEDURAS DE PERRO

Prevention and treatment of dog bites

Presutti RJ.

Am Fam Physician 2001; 63: 1567-1574.

Artículo de revisión sobre el tema de las mordeduras en EEUU, con recomendaciones generales, que pueden resultar útiles para nuestro medio.

Se estima una incidencia de hasta 4 x 10⁶ accidentes por mordedura de perro cada año en ese país, aunque, debido a su general levedad, solo consulta un 20% de los casos. Casi la mitad de los lesionados tienen menos de 14 años. Aproximadamente una docena tienen desenlace fatal.

El médico que realiza la atención debe, primeramente, evaluar la presencia de riesgos mayores y actuar en consecuencia. Una vez estable el paciente, debe ser interrogado minuciosamente sobre todos los detalles del agresor, la agresión y posibles enfermedades propias que compliquen la evolución. Es fundamental la identificación del animal atacante, sobre todo en la valoración del riesgo de rabia, así como la estimación de la hora exacta del ataque, pues el tiempo hasta la primera ayuda puede modificar el pronóstico y la conducta terapéutica a seguir.

Inmediatamente se procederá al examen y registro detallado de todas las heridas, si es posible realizando fotos o dibujos con los trayectos, magnitud, estructuras vecinas afectadas, riesgo de infección, etc. La irrigación cuidadosa y precoz con agua o salino se ha demostrado eficaz en la prevención de la infección de las heridas. En cuanto a la sutura, se recomienda siempre que sean heridas con compromiso estético y sin alto riesgo infeccioso. Se debe inmovilizar en alto, la extremidad afectada. Un ciclo corto con amoxicilina/clavulánico será muy recomendable como profilaxis, en las heridas con tendencia a infectarse, como son las de tipo punzante-profundo y las localizadas en mano. Se deben derivar los pacientes con celulitis febril o afectación osteo-articular, de nervios u otras complicaciones severas, para su tratamiento en medio hospitalario.

Tras realizar un breve repaso de las pautas de inmunización antitetánica y antirrábica, concluyen con unos consejos preventivos sobre la adquisición y educación de un perro, así como para prevenir un posible ataque, orientados especialmente a la población infantil.

TRATAMIENTO DE LA CRIPTORQUIDIA
Y RIESGO DE CÁNCER TESTICULAR

*Management of cryptorchism
and risk of testicular cancer.*

Herrinton LJ, Zhao W and Husson G.

Am J Epidemiol 2003; 157: 602-605.

El objetivo principal del estudio es averiguar la relación entre la edad de orquidopexia y el riesgo de cáncer testicular. Los principales cuatro estudios previos sobre el tema, no arrojan unos resultados concluyentes en cuanto al papel preventivo del tratamiento quirúrgico del mal descenso testicular. Por este motivo, los autores, emprenden este estudio de casos y controles, retrospectivo.

Reúnen 183 casos diagnosticados de cáncer de células germinales durante los años 1973 a 1996, que habían seguido controles de salud en la Institución del estudio y que tenían sus primeros registros en la historia clínica con edad menor de 15 años. Seleccionan tres controles por cada caso, realizando emparejamiento de frecuencias en ciertas variables para asegurar la homogeneidad. Un investigador entrenado recogió los datos de los registros clínicos sobre variables sociodemográficas, posibles factores de riesgo como malformaciones, datos perinatales, traumatismos, deportes, problemas endocrinos y, sobre todo, cualquier apunte sobre patología inguinal y

del descenso testicular con tratamientos aplicados. Comparan los datos relativos a criptorquidia mediante tablas de contingencia y análisis de regresión logística. Establecen el punto de corte para la edad de orquidopexia en los once años y calculan las *odds ratio* (OR) para la asociación con cáncer, mediante métodos de máxima probabilidad, y error estándar para los intervalos de confianza (IC). Se realizan los correspondientes ajustes para posibles variables de confusión, no observando cambios en los resultados atribuibles a las mismas.

Destacan como resultados la asociación clara entre cáncer testicular e historia de criptorquidia (OR= 4,8; IC95%: 1,9-11,8), y la no asociación con hernia inguinal o testes retráctiles. El fuerte incremento de riesgo para la situación de criptorquidia no resuelta antes de los once años de edad (OR= 32; IC95%: 4-250) y la no asociación entre criptorquidia resuelta antes de los once y mayor riesgo de cáncer testicular ulterior.

PROMESAS ROTAS

Broken Promises

García Pérez J.

*Bienestar y Protección Infantil 2002;
1 (2): 7-9.*

La revista *Bienestar y Protección Infantil* es una publicación de la Federa-

ción de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI, <http://www.fapmi.es>). El autor escribe un comentario editorial llamando la atención a la comunidad internacional por las escasas repercusiones que tuvo en la práctica, para millones de niños en el mundo, la "Cumbre Mundial en favor de la Infancia", celebrada en Nueva York en 1990. Manifiesta la esperanza de que los compromisos adoptados por los dirigentes de las naciones en la nueva Cumbre celebrada en junio de 2002, también en Nueva York, se transformen en presupuestos y acciones concretas a favor de los niños en situación precaria.

Describe con brevedad lo ocurrido con algunos de los objetivos asumidos por la comunidad internacional en 1990, entre otros: la reducción de las tasas de mortalidad infantil y desnutrición en menores de cinco años de edad, la reducción del impacto sobre los niños del sida en la población general, la reducción de las tasas de mortalidad materna, la mejora del acceso al agua potable y saneamientos. La consecución de estos objetivos, según refiere el autor, ha sido solo parcial e insuficiente en la pasada década.

PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN;
EVALUACIÓN DEL AÑO 2001
Y PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2002

**Amela Heras C, Pachón del Amo I,
Sanz Ortiz MC y cols.**

Bol Epidemiol Sem 2002; 10: 185-188.

La vacuna triple vírica (SRP) empezó a utilizarse en España en 1981 y desde 1991 se mantienen coberturas vacunales superiores al 90%. En 1996 se realizó una encuesta seroepidemiológica que permitió definir el perfil de susceptibilidad de la población entre los dos y los treinta y nueve años de edad y cuyos resultados sirvieron de base para adelantar la segunda dosis de SRP a los 3-6 años de edad.

En el año 2000 se notificaron 158 casos (incidencia anual de 0,4 por 100.000). En el año 2001 se notificaron 136 casos sospechosos, de los cuales 36 fueron confirmados (incidencia anual de 0,13 por 100.000) y 17 fueron catalogados como compatibles.

De los 36 casos confirmados, seis fueron importados, y otros seis fueron casos secundarios a ellos. De los 24 casos considerados autóctonos, 16 formaron parte de dos brotes, uno en Madrid y otro en Baleares. El 90% de los casos se presentaron entre las semanas 11 a 28. El 72% de los casos ocurrieron en grupos etarios no protegidos por la

vacuna: menores de 15 meses y mayores de 15 años.

Durante el primer semestre de 2002 se han notificado 133 casos sospechosos, de los cuales se han confirmado 34. Se consideraron casos importados en 10 pacientes, la mitad de ellos procedentes de Marruecos. De los casos autóctonos, 24 confirmados en total, 17 correspondían a un brote ocurrido en Valencia. El 80% de los casos ocurrieron en las primeras ocho semanas del año. El 60% de los casos confirmados afectaron a personas menores de 15 meses o mayores de 15 años. De los nueve casos confirmados y vacunados, tres de ellos no tenían documentos vacunales y procedían de otros países.

Terminan las autoras recomendando intensificar las actividades de información a pediatras de Atención Primaria y servicios de urgencias con objeto de mejorar la vigilancia de esta enfermedad, como medio para conseguir la eliminación del sarampión en 2007, objetivo de la OMS para la región europea.

NUEVAS RECOMENDACIONES

PARA LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

EN NIÑOS Y MUJERES GESTANTES

New recommendations for influenza vaccination for children and pregnant women

Baltimore RS, Jenson HB

Current Opinion in Pediatrics 2003; 15: 74-76.

Hasta fechas recientes, los cuadros gripales graves eran considerados frecuentes solo en personas de edad avanzada o en aquellas que padecían alguna patología de base por todos conocidas, por lo que se recomendaba vacunación anual en los mismos, así como a sus convivientes y cuidadores y al personal sanitario que les atendía.

El impacto de la enfermedad no se consideraba lo suficientemente importante para justificar la inmunización universal de los niños pequeños.

Se ha documentado que las tasas de hospitalización por gripe y sus complicaciones en los niños pequeños son similares a las de los ancianos y los niños mayores con las enfermedades de base que aconsejan la vacunación.

Para las nuevas recomendaciones también se ha tenido en cuenta el hecho observado de que los niños en edad escolar y aquellos que asisten a guarderías tienen un papel central en la difu-

sión de la enfermedad (en los brotes epidémicos, el exceso de absentismo escolar precede al exceso de absentismo laboral en la comunidad).

Otro hecho considerado es la creencia fundada de que el virus de la gripe es responsable de una considerable proporción de otitis medias agudas en las semanas siguientes al ataque. Produce disfunción tubárica que favorece la invasión del oído medio por bacterias presentes en el tracto respiratorio superior.

El ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention*) ha hecho nuevas recomendaciones adicionales a las previamente existentes sobre las indicaciones de la vacuna de la gripe para proteger a los niños, y aconsejan seguirlas ya en la próxima temporada 2003-2004, si es logística y económicamente posible.

Recomendaciones adicionales:

1. Todos los niños sanos que vayan a tener entre seis y veintitres meses durante la temporada epidémica (de octubre a marzo).
2. Convivientes y cuidadores de niños menores de veinticuatro meses incluidos niños sanos mayores de veinticuatro meses.
3. Mujeres embarazadas cuya gestación se encuentre en el segundo o ter-

cer trimestre durante la temporada epidémica.

Se aconseja realizar campañas de información y educación antes de llevar a cabo estas recomendaciones e incluir la vacuna en el programa de inmunizaciones infantiles.

Se espera la pronta introducción en el mercado de la vacuna intranasal.

LA PUBARQUIA PREMATURA EN NIÑAS SE ASOCIA CON EL HIPERANDROGENISMO FUNCIONAL ADRENAL PERO NO CON HIPERANDROGENISMO OVÁRICO

Premature pubarche in girls is associated with functional adrenal but not ovarian hyperandrogenism

Mathew R, Najjar J, Lorenz R, Mayes D, Russell W.

J Pediatr. 2002; 4 (1): 91-97.

Las niñas con pubarquia prematura tienen el crecimiento, la pubertad y la talla final normales.

Los autores plantean la hipótesis de la presencia de un hiperandrogenismo de origen ovárico en las niñas con pubarquia prematura aislada en el momento del diagnóstico (se puede acompañar de vello axilar y acné). Para ello, estudian niñas blancas menores de ocho años y niñas negras menores de seis años con pubarquia prematura (al menos en estadio II de Tanner para el vello púbico)

(n=15), sirviendo como controles niñas prepuberales (n=13) y niñas en estadios puberales precoces (n=8). Utilizan como marcador bioquímico para el hiperandrogenismo funcional de origen ovárico, la respuesta al leuprolide subcutáneo tras supresión adrenal con dexametasona de la 17-OH-progesterona, la androstendiona y el estradiol. Los niveles de 17-OH-pregnenolona, DHEAS y androstendiona y la relación 17-OH-preg/17-OH-prog. y DEA/androstendiona tras estímulo con ACTH estaban significativamente más elevados en las niñas caso que en los controles prepuberales. Por el contrario, la respuesta ovárica al estímulo con leuprolide era comparable en los casos y en los controles prepuberales, aunque la respuesta en ambos grupos era significativamente menor que en los casos control puberales.

Por tanto, no se confirma la hipótesis del estudio: existencia de hiperandrogenismo ovárico funcional prepuberal en las niñas con pubarquia prematura aislada, pero se evidencia que ésta se asocia a hiperandrogenismo funcional de origen adrenal.

En la discusión se recomienda, basándose en numerosos estudios, el seguimiento a largo plazo de estas pacientes debido a una mayor frecuencia de disfunción ovárica, hiperandrogenismo

funcional ovárico, hiperinsulinismo y dislipemia.

PRONÓSTICO DE LA FUNCIÓN MOTORA GRUESA EN LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL MEDIANTE CURVAS DE DESARROLLO MOTOR
Prognosis for gross motor function in cerebral palsy. Creation of motor development curves

Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE et al.

JAMA 2002; 288: 1357-63.

El presente trabajo supone un hito en lo que se refiere a evaluación pronóstica de los niños con parálisis cerebral infantil (PCI). Hasta ahora, se disponía de estudios transversales con muestras clínicas, poco sistematizados, en los cuales basar las predicciones sobre desarrollo motor de estos niños.

Para salvar esta carencia, los autores emprenden un estudio longitudinal de cohortes, basado en población ambulatoria, estratificada según edad y gravedad. Sobre una muestra representativa de 657 niños de entre uno y trece años, incluidos en los programas de rehabilitación de diecinueve centros públicos de Ontario (Canadá), y que abarcaban un amplio espectro de gravedad, realizaron evaluaciones seriadas del desarrollo motor durante el período entre 1996 y 2001.

La primera evaluación permitió la clasificación de los niños en cinco niveles de gravedad distintos, según el *gross motor function classification system* (GMFCS), sistema válido y fiable, según han demostrado estudios previos de los mismos autores. Todos los niños siguieron valoraciones seriadas, al menos semestralmente, por terapeutas entrenados, mediante el *gross motor function measure-66* (GMFM-66), escala validada de observación clínica, que puntúa de 0 a 100 según los logros en motricidad gruesa, de niños con PCI o síndrome de Down.

Con todos los datos obtenidos, mediante un modelo no lineal de efectos mixtos, las 5 curvas, significativamente diferentes, de desarrollo motor, que corresponden a cada uno de los 5 niveles de gravedad de la clasificación GMFCS. Del análisis de las curvas se deduce que los niños de los niveles de menor gravedad (I-II) alcanzarán un mayor grado de desarrollo motor, mensurable mediante la escala GMFM-66, y su aprendizaje en estos aspectos, se nivelará o tenderá a la asíntota, en edades más tardías que los niveles más graves (IV-V), los cuales alcanzarán antes su nivel máximo de desarrollo, que será sensiblemente menor.

En general, a partir de los siete u ocho años, pocas nuevas adquisiciones pueden esperarse en la motricidad gruesa

en ninguno de los 5 niveles de gravedad, según se plasma en la morfología de las curvas de desarrollo.

El presente estudio aporta una herramienta muy valiosa, basada en pruebas, para estimar el futuro motor de cada niño con PCI, permitiendo centrar los esfuerzos en las medidas rehabilitadoras hasta cierta edad y posteriormente, una vez alcanzado el nivel máximo previsto, valorar preferentemente otro tipo de medidas adaptadoras instrumentales, ortésicas, etc.

Los autores dejan la puerta abierta a la creación de futuras curvas, más alentadoras, según aparezcan nuevas estrategias terapéuticas que permitan incrementar las expectativas de desarrollo de los niños con PCI de cualquier nivel de gravedad.

TRATAMIENTO DEL NIÑO FEBRIL

SIN FOCO EN LA ERA DE LA INMUNIZACIÓN
ANTINEUMOCÓCICA

Management of the febrile child without a focus of infection in the era of universal pneumococcal immunization

Klein JO.

Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 584-592.

¿Debemos cambiar las estrategias de manejo diagnóstico y terapéutico de los lactantes con fiebre sin foco una vez que se ha instaurado la vacunación anti-

neumocócica? Ésta es la pregunta que motiva el presente trabajo.

Desde hace décadas el manejo del lactante con fiebre sin foco, ha despertado continuas controversias, por el riesgo de bacteriemia oculta. El uso generalizado de la vacuna conjugada *anti-Haemophilus influenzae* tipo b ha disminuido drásticamente su participación como causa de bacteriemia. La extensión del uso de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente probablemente tenga el mismo efecto para los serotipos incluidos en ella. No obstante, el número global de lactantes con fiebre sin foco no parece haber disminuido, por lo que su manejo sigue suponiendo un reto para el pediatra.

Este artículo repasa la microbiología de la bacteriemia oculta durante los años anteriores y posteriores al uso generalizado de ambas vacunas conjugadas. Repasa, también, los protocolos aceptados para el manejo diagnóstico de los lactantes con fiebre sin foco hasta los 36 meses de edad y expresa la necesidad de introducir cambios basándose en las diferencias microbiológicas de la bacteriemia oculta tras el uso extenso de estas vacunas. Las conclusiones principales son:

1) La microbiología de la bacteriemia oculta probablemente cambiará con el

uso de las vacunas conjugadas citadas. Pero no debe olvidarse que estas vacunas cubren solo algunos de los serotipos potencialmente patogénicos, y que además existe la posibilidad de fallos vacunales primarios y la presencia de grupos de niños no inmunizados o insuficientemente vacunados.

2) La fiebre en los lactantes menores de un mes de edad debe seguir manejándose de forma agresiva. Esta actitud también debe mantenerse en los lactantes de uno a tres meses, ya que como mucho habrían recibido una dosis de estas vacunas.

3) El manejo de los niños de más de tres meses con fiebre sin foco no debe, tampoco, variar sustancialmente en el momento actual, debido a la escasa experiencia acumulada con el uso de la vacuna antineumocócica conjugada. Se deben esperar los resultados de estudios amplios que documenten los cambios producidos en la microbiología de la bacteriemia oculta.

En resumen, un trabajo muy interesante, que replantea una tema pediátrico ya clásico a la luz de los cambios que el uso extenso de las vacunas conjugadas pueda inducir en la ecología de los patógenos capaces de producir infección invasiva en niños pequeños.

ASPIRACIÓN DE GOLOSINAS DE GEL
DE FRUTAS

Qureshi S, Mink R

Pediatrics (Ed esp) 2003; 55: 181-183.

La aspiración de cuerpos extraños es un accidente frecuente en los niños, y de consecuencias fatales en ocasiones. Nunca son suficientes las advertencias a las personas que cuidan niños para que no dejen al alcance de éstos objetos susceptibles de ser manipulados y aspirados por los niños. Es ésta una intervención educativa que debe reforzarse permanentemente.

Son muchos los objetos que pueden ser aspirados: alimentos (frutos secos, etc.), fragmentos de juguetes, objetos de presencia habitual en el domicilio y guardería o colegio (capuchones de bolígrafos, monedas, etc.). En el universo de objetos más próximos a los niños, como son los destinados específicamente a ellos, algunos, como las golosinas, constituyen un riesgo relevante para su salud. En este trabajo se describen varios casos de aspiración de una golosina con consistencia de gel y consecuencias fatales.

La aspiración de cuerpos extraños es más frecuente de uno a tres años de edad, pero debe constituir un contenido educacional siempre presente en la actividad profesional con niños. Las golosi-

nas tienen formas, consistencias, sabores y colores extraordinariamente atractivos para los niños. Deberían excluirse aquéllas cuya composición y consistencia dificultara su disolución cuando entra en contacto con la saliva.

EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN EN LACTANTES
Y NIÑOS: RECOMENDACIONES
TRAS EL CRIBADO NEONATAL (S01-21)

Cunningham M, Cox EO.

**The Committee on Practice
and Ambulatory Medicine
and the Section on Otolaryngology
and Bronchoesophagology**

*Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(2):
115-119.*

El fallo en la detección de la sordera en lactantes y niños puede tener consecuencias definitivas para el desarrollo del lenguaje y el habla. La detección e intervención antes de los seis meses previene muchas de estas consecuencias adversas.

La AAP publica un informe sobre identificación de la sordera después del cribado neonatal, que debería ser universal. Aconseja la valoración de los factores de riesgo de sordera a través de un seguimiento sistemático y objetivo. Se presenta una tabla con los factores de alto riesgo de sordera, y otra con los hitos del habla-lenguaje-audición.

La sospecha de los padres es el factor de mayor valor predictivo.

En la exploración física, se asocian con riesgo de sordera la heterocromía de iris, malformaciones auditivas, labio leporino, fisura palatina, asimetría o hipoplasia facial y microcefalia, hipertelorismo y pigmentación anormal de piel o pelo.

El cribado debe ser adecuado a cada edad: hasta los nueve meses se aconseja la respuesta automática auditiva de tronco cerebral, que permite la evaluación individual de cada oído.

Las otoemisiones acústicas, emitidas por la cóclea, que viajan en sentido contrario hacia el canal auditivo, son un cribado eficaz para el oído medio e interno, pero no evalúan la transmisión neural ni del tronco.

De los nueve a los doce meses, el cribado se hace mediante pruebas orientadas condicionadas o audiometría visual reforzada (mediante el juego).

De dos a cuatro años se aconseja la audiometría de juego.

El patrón oro, que puede realizarse a partir de los cuatro años, es la audiometría convencional sistemática. En ésta, si se encuentra pérdida de audición, está indicado repetir la prueba y si se confirma, debe realizarse un estudio formal de audición, incluso en casos de sordera unilateral.

Es conveniente para los pediatras conocer los recursos de su comunidad y coordinarse con ellos para la atención al niño con alteración auditiva.

