

## Revistas

---

Aumento de la incidencia de neumonía de posible origen bacteriano en el último trienio

Del Castillo Martín F, Hernández González N, Montero Reguera R y cols.  
Acta Pediatr Esp 2004; 62: 54-59

---

Los tratamientos médicos del niño hiperactivo

Les traitements médicaux de l'enfant hyperactif  
Le Heuzay MF  
Arch de Pédiatrie 2004; 12(1): 64-69

---

Predictores clínicos de la gripe en la infancia

Clinical Predictors of Influenza in Children  
Friedman MJ, Attia MW  
Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 391-394

---

Evaluación de la postura para dormir recomendada al alta en las unidades de cuidados intensivos neonatales a los padres de los niños nacidos prematuramente

*Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants on neonatal intensive care unit discharge*  
Bhat RY, Leipälä JA, Rafferty GF, Hannam S, Greenough A  
Eur J Pediatr 2003; 162: 426-427

---

Análisis de la situación en España sobre el consumo de ácido fólico/folinato cálcico para la prevención de defectos congénitos

Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E.  
Med Clin (Barc) 2003; 121: 772-775

---

Prevención primaria de los defectos del tubo neural

Carrera JM  
Med Clin (Barc) 2003; 121: 782-784

---

Utilidad de la fórmula de SOMU en el diagnóstico de hipertensión arterial en niños y adolescentes españoles

Díaz JJ, Rey Galán C, Málaga Guerrero S  
Med Clin (Barc) 2003; 121: 776-778

---

Manejo de la gastroenteritis aguda  
*Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy.*

Centers for Disease Control and Prevention.  
MMWR 2003; 52 (No. RR-16): 1-16

---

Evolución de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en Andalucía, 1975-1998

Ruiz Ramos M, Nieto García MA.  
Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 363-371

---

## Libros

---

20 Problemas comunes en Pediatría. México, DF (México) y Santafé de Bogotá (Colombia): Bergman AB.  
Editorial El Manual Moderno; 2004.

---

Vacunaciones en el niño; de la teoría a la práctica.

De Arístegui J.  
Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004.

---

Durmiendo como un niño; ideas prácticas para educar el sueño de nuestros hijos.

Pin G, Genis R.  
Barcelona: Parramón Ediciones SA; 2003.

---

AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA  
DE POSIBLE ORIGEN BACTERIANO  
EN EL ÚLTIMO TRIENIO

**Del Castillo Martín F, Hernández  
González N, Montero Reguera R y cols.**  
*Acta Pediatr Esp* 2004; 62: 54-59

En 1999 Fernando del Castillo y cols. (*An Esp Pediatr* 1999; 51: 609-616) propusieron unos criterios diagnósticos para clasificar una neumonía infantil como típica (causada generalmente por neumococo o por *H. influenzae*) o atípica (causada generalmente por virus, *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae*). Se considera neumonía típica la que reúne tres o más de los siguientes cinco criterios:

1. Fiebre mayor de 39 °C y de presentación brusca.
2. Dolor de costado o equivalentes (dolor abdominal o meningismo).
3. Auscultación de condensación (soplo tubárico, hipoventilación focal).
4. Radiología de condensación (especialmente con broncograma aéreo).
5. Leucocitosis (igual o mayor de 12.000) con neutrofilia (igual o mayor de 6000).

Utilizando dicha clasificación, en este artículo revisan de manera retrospectiva los casos de neumonía típica adquirida en la comunidad ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Infantil La Paz (Madrid) el trienio 1998 a

2000. Excluyen a los menores de un mes, mayores de catorce años, pacientes con posible neumonía nosocomial (por haber estado ingresados la semana previa) y aquéllos con enfermedades de base.

Recogieron 271 casos, 75 en 1998, 85 en 1999 y 111 en 2000. El 71 % tenían menos de cuatro años. De los 115 en los que se realizó hemocultivo al ingreso, fue positivo en ocho (seis neumococos, un *H. influenzae* y un *S. pyogenes*). La imagen radiológica fue de consolidación en 253, derrame pleural en 28 y en 18 infiltrado.

En la discusión se comentan las futuras posibilidades de diagnóstico de neumonía neumocócica mediante serología o detección de antígenos en orina. Señalan el posible uso de la procalcitonina y proteína C reactiva como marcadores de infección bacteriana.

Suponen que el notable incremento de ingresos por neumonía típica en esos años es atribuible a casos producidos por neumococo.

LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS DEL NIÑO  
HIPERACTIVO

*Les traitements médicaux de l'enfant  
hyperactif*

**Le Heuzay MF**

*Arch de Pédiatrie* 2004; 12(1): 64-69

El artículo hace un amplio repaso de los tratamientos farmacológicos actual-

mente disponibles para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el niño. Describe detalladamente el tratamiento con Metilfenidato de acción breve, único psicoestimulante comercialmente disponible en la actualidad con esta indicación en Francia, así como con otros psicoestimulantes de una sola dosis diaria que próximamente pueden estar disponibles. Hace referencia también a otros fármacos alternativos cuando están contraindicados los psicoestimulantes o en situaciones especiales.

PREDICTORES CLÍNICOS DE LA GRIPE  
EN LA INFANCIA

*Clinical Predictors of Influenza  
in Children*

**Friedman MJ, Attia MW**

*Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:  
391-394

La gripe es una causa frecuente de consulta, hospitalización y enfermedad nosocomial en niños. Es difícil distinguirla de otras infecciones respiratorias febriles sólo por los datos clínicos. Los síntomas clásicos de los adultos y niños mayores no son tan evidentes en los niños pequeños. Los tests de diagnóstico rápido tienen limitaciones, especialmente su baja sensibilidad. Hay estudios previos sobre los datos clínicos predictores de influenza en adultos,

pero no específicos de la infancia. Este estudio prospectivo es llevado a cabo durante la estación epidémica invernal (enero a marzo) del año 2002 en el servicio de urgencias externas del Hospital Alfred I. Du Pont (hospital suburbano de nivel terciario) de Chicago. Incluye a todos los pacientes de 17 años o menos (n=128) que consultaron por enfermedad respiratoria febril (temperatura igual o mayor de 38 °C). Los datos mensurables son los datos clínicos reconocidos como predictivos de infección por el virus de la gripe. En todos los casos se recogió muestra para cultivo viral mediante lavado nasal y se registraron en un cuestionario los datos socio-demográficos y las constantes vitales, la presencia o ausencia de 24 "items", doce de anamnesis y doce de examen físico, estos últimos recogidos por duplicado mediante dos exámenes diferentes realizados por dos médicos distintos.

Los resultados llevan a la conclusión de que la presencia conjunta de dolor de cabeza, tos y faringitis se asocia fuertemente a la positividad en el cultivo viral. La sensibilidad de estos datos resulta similar a la de los tests de detección rápida de virus de la gripe (80-95 %) y la razón de probabilidad de 3,7 (95 % IC, 2,3 – 6,3).

El interés de un diagnóstico preciso de gripe radica en su diferente manejo con respecto a otras infecciones respirato-

rias, tanto en cuanto al tratamiento individual (antivirales vs. antibióticos) como en cuanto a las medidas de aislamiento para evitar su diseminación.

El estudio, aunque muy interesante, está limitado por haber sido realizado en un solo centro y durante una sola estación epidémica, lo que impide que sus resultados puedan ser generalizables, para lo que se necesitarían estudios adicionales de similares características.

EVALUACIÓN DE LA POSTURA PARA DORMIR RECOMENDADA AL ALTA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES A LOS PADRES DE LOS NIÑOS NACIDOS PREMATURAMENTE

*Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants on neonatal intensive care unit discharge*

**Bhat RY, Leipälä JA, Rafferty GF, Hannam S, Greenough A**

*Eur J Pediatr* 2003; 162: 426-427

Parte de la premisa de que los niños nacidos pretérmino tienen mayor riesgo de muerte súbita (SMSL), especialmente aquellos que duermen en decúbito prono. Se constata que muchos prematuros, una vez en casa, son colocados en esta postura para dormir, hecho que puede reflejar las recomendaciones dadas a los padres en las unidades neona-

tales. Los autores elaboran un estudio a partir de los datos recogidos en un cuestionario enviado a 244 unidades neonatales en el Reino Unido; contestaron el 81 %. De éstas, el 43 % ponía a los niños a dormir en supino, una a dos semanas antes del alta e incluso más tardíamente a los niños dependientes de oxígeno. En el 40 % desaconsejaban el supino a los niños con Síndrome De Pierre-Robin o con reflujo gastro-esofágico (RGE). En el 23 % había instrucciones por escrito dirigidas al personal de la unidad. Al alta, todas recomendaban la posición en supino, aunque el 29 % admitía el decúbito lateral como alternativa aceptable y sólo el 58 % desaconsejaba expresamente el prono. En el 70 % se daban las instrucciones por escrito, pero sólo unas pocas hacían recomendaciones específicas para los niños nacidos pretérmino.

Advierten de que es preocupante la falta de consistencia en las recomendaciones sobre no poner al niño en prono para dormir y que son necesarias directrices basadas en la evidencia sobre la posición idónea para dormir en que hay que colocar a los niños prematuros. La incertidumbre se deriva de trabajos publicados sobre la menor cantidad de episodios de reflujo ácido y menor residuo gástrico en niños con RGE, menos

episodios de apnea y de respiración periódica y mejor oxigenación en niños prematuros sin otra patología, así como mejor oxigenación en niños dependientes de oxígeno. Queda por determinar la edad postconcepcional óptima a la que es adecuado recomendar la postura supina como más segura en la prevención del SMSL.

Concluyen que, con los datos actualmente disponibles, el alto riesgo de SMSL en los niños que no duermen en supino exige insistir en que, excepto en algunas circunstancias especiales, todo el personal sanitario que atiende a bebés, incluido el de las unidades neonatales, debe desaconsejar tanto el decúbito prono como el lateral para dormir una vez que el niño ha sido dado de alta de la unidad neonatal.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA  
SOBRE EL CONSUMO DE ÁCIDO FÓLICO/  
FOLINATO CÁLCICO PARA LA PREVENCIÓN  
DE DEFECTOS CONGÉNITOS

**Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E.**

*Med Clin (Barc) 2003; 121: 772-775*

Desde 1992, se mantiene la recomendación de aportes extras de folatos para prevenir los defectos del tubo neural (DTN) en los países desarrollados. En este trabajo se analiza la situación en España

respecto al seguimiento de esta recomendación, para lo cual parte de la información que aporta el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas.

En 2002, el 80 % de las mujeres embarazadas han tomado aportes extras de folatos, aunque sólo el 9 % de las mujeres inició este aporte antes del embarazo. Además, las dosis medias utilizadas son muy superiores a las recomendadas y aceptadas de forma general. La conclusión es obvia: debe mejorarse las prácticas respecto a la prevención de los DTN.

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS DEFECTOS  
DEL TUBO NEURAL

**Carrera JM**

*Med Clin (Barc) 2003; 121: 782-784*

Editorial que revisa el estado de los conocimientos actuales acerca de la prevención primaria de los defectos del tubo neural (DTN).

La capacidad de intervención en la prevención primaria de los defectos congénitos es realmente muy limitada. Sólo han mostrado ser eficaces, por un lado, la vacuna anti-rubéola para evitar la rubéola congénita y, por otro, la administración preconcepcional de folatos para reducir los DTN.

En 1991 se consensuaron las primeras recomendaciones de uso práctico para la

prevención de los DTN: mujeres con antecedentes de hijos con DTN que planifican una nueva gestación deben tomar 4 mg/día de ácido fólico; para mujeres sin antecedentes, la dosis recomendada es de 0,4 mg/día; en ambos casos el tratamiento debe comenzar al menos un mes antes de la concepción y continuarse hasta el final del primer trimestre. Estas recomendaciones apenas han sido cuestionadas. Actualmente, algunos autores plantean si debe revisarse al alza las dosis administradas, y otros si debe acompañarse de vitaminas B6 y B12. Ambos son aspectos que precisan nuevas investigaciones.

UTILIDAD DE LA FÓRMULA DE SOMU EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES

**Díaz JJ, Rey Galán C, Málaga**

**Guerrero S**

*Med Clin (Barc) 2003; 121: 776-778*

La American Heart Association recomienda la medición sistemática de la tensión arterial (TA) en todas las visitas de salud a partir de los tres años de edad. El diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) en niños requiere el uso de tablas adaptadas al sexo, edad y talla, y se puede definir por la obtención de tres tomas, en condiciones basales y en días distintos, por encima del percentil 95 para su sexo, edad y talla. Con el objeto

de simplificar el diagnóstico de la HTA en niños, se han propuesto diversas fórmulas matemáticas. La fórmula de SOMU es:  $TAS = 100 + (2 \times \text{edad en años})$ ,  $TAD$  (uno a diez años de edad) =  $60 + (2 \times \text{edad en años})$  y  $TAD$  (11 a 17 años de edad) =  $70 + (2 \times \text{edad en años})$ .

En este trabajo analiza la concordancia de la fórmula de SOMU y las tablas del estudio RICARDIN y su rendimiento para el diagnóstico de la HTA en niños.

Los autores concluyen que la aplicación de dicha fórmula en niños de hasta 17 años de edad condiciona la aparición de falsos positivos para la TAS y falsos negativos para la TAD, sobre todo en mayores de once años. Proponen una modificación de la fórmula con objeto de mejorar el rendimiento diagnóstico:  $TAS = 105 + (2 \times \text{edad en años})$ ,  $TAD$  (seis a diez años de edad) =  $61 + (2 \times \text{edad en años})$  y  $TAD$  (11 a 17 años de edad) =  $70 + (2 \times \text{edad en años})$ .

MANEJO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA

*Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy*

**Centers for Disease Control and Prevention.**

*MMWR 2003; 52 (No. RR-16): 1-16*

Se trata de una amplia revisión (16 páginas) que incluye todos los aspectos im-

portantes referidos a la gastroenteritis aguda: manejo domiciliario de la diarrea aguda, valoración clínica, tratamiento basado en el grado de deshidratación, tratamiento hospitalario, limitaciones de la rehidratación oral, elección de la solución de rehidratación oral, tratamiento dietético, tratamiento farmacológico, papel de los suplementos de zinc y papel de los alimentos funcionales.

Es una magnífica ocasión para repasar todo lo importante en este manido y a veces aburrido, por cotidiano, campo de las infecciones gastrointestinales en niños y el uso de las soluciones de rehidratación oral. Muy recomendable.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL EN ANDALUCÍA, 1975-1998

**Ruiz Ramos M, Nieto García MA.**

*Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 363-371

Estudio descriptivo sobre las variaciones, cuantitativas y cualitativas, de las tasas de mortalidad infantil (MI) y sus componentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía durante el último cuarto de siglo.

Obtienen los datos de los nacidos vivos (NV) y de los fallecidos en las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto de Estadística de

Andalucía. Clasifican las causas de muerte según las revisiones 8.<sup>a</sup> y 9.<sup>a</sup> de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Calculan las tasas anuales de MI, neonatal precoz (en los primeros siete días de vida), neonatal tardía (después del 7.º hasta el 28.º día) y postneonatal (tras el 28.º hasta el primer cumpleaños).

Mediante unas atractivas tablas y curvas nos presentan la evolución anual de todas estas tasas entre 1975 y 1998. Los porcentajes de cambio anuales (PCA) son estimados mediante modelos de regresión de Poisson.

Para describir el cambio en la mortalidad según las causas, comparan el primer y el último quinquenio, agrupándolas en: infecciosas, respiratorias, congénitas, perinatales y otras.

Se observa un descenso del 38 % en el número de NV en el conjunto del período. La MI pasa de 21,66/1000NV en 1975 a 5,76 en el 98, lo que supone un PAC de -5,62 %. El descenso mayor se observa en la neonatal precoz y el menor en la postneonatal.

En cuanto a las causas, se aprecia una disminución de las respiratorias e infecciosas con un aumento correlativo de las perinatales y congénitas, especialmente en la mortalidad neonatal pre-

coz, aunque también en los otros componentes, tardío y postneonatal.

Al igual que en otros estudios, el presente cuestiona la interpretación clásica de la mortalidad postneonatal, atribuida antes a causas exógenas y actualmente más a las perinatales.

Nota del redactor: un reciente estudio publicado en esta revista<sup>(1)</sup> aproxima el mismo tema en otra comunidad autónoma española, situada ligeramente más al norte. La tendencia descendente de las tasas obtenidas es similar al actual estudio, aunque los valores absolutos son menores. Esto apoya las evidencias de una mayor mortalidad en España según desciende la latitud<sup>(2)</sup>.

## Libros

---

20 PROBLEMAS COMUNES EN PEDIATRÍA.  
MÉXICO DF (MÉXICO) Y SANTAFÉ  
DE BOGOTÁ (COLOMBIA)

**Bergman AB.**

*Editorial El Manual Moderno; 2004.*

Es un libro de 300 páginas estructurado en 20 capítulos que, tal como indica

el título, dedica 20 temas de interés práctico en Pediatría y agrupados en cuatro partes. En la primera, Cuidados de la salud, se incluyen temas como llanto excesivo, trastornos del sueño, inmunizaciones y problemas dentales. En la segunda, Problemas agudos, se tocan temas como fiebre, otitis y sinusitis, infecciones urinarias, problemas de la piel, traumatología infantil, maltrato, sedación y control del dolor. En la tercera, Problemas crónicos, los temas son dolor crónico, enuresis y estreñimiento, asma, rinitis y alergia a alimentos y convulsiones. Y, finalmente, en la última parte los temas incluidos son problemas de la conducta, trastorno por déficit de atención, retraso del desarrollo y, por último, fracaso escolar y trastornos del aprendizaje.

En cada capítulo, unas pinceladas de los temas abordados, aunque con el acierto propio de autores experimentados y expertos con gran capacidad de síntesis, por lo que contienen las ideas principales de cada tema examinadas bajo la luz de los conocimientos actuales.

Un inconveniente relativo es la traducción del texto original, hecha en Hispanoamérica; son frecuentes los giros y usos lingüísticos característicos. Puede ser interesante acudir a la obra original en inglés (McGraw-Hill, 2001). En resumen, un texto de pediatría general que

---

<sup>(1)</sup> Criado-Álvarez JJ, Romo C. ¿Podemos descender más la mortalidad infantil en Castilla-La Mancha? Rev. Pediatra Aten Primaria 2003; 5: 395-405.

<sup>(2)</sup> Benach J, Borrell C, Chamizo H. Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España. Informe SESPAS 1998. [En línea][Fecha de acceso 12 febrero 2004] URL disponible en <http://www.sespas.es/informe1998/capitulo5.pdf>.



presenta algunos de los temas de mayor interés práctico de forma sintética. Distribuido en España por Díaz de Santos Ediciones.

VACUNACIONES EN EL NIÑO;  
DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

**De Arístegui J.**

*Bilbao: Ciclo Editorial S.A.; 2004.*

El libro, de casi 1100 páginas, pretende ser un verdadero manual de vacunas en pediatría. Y, desde luego, lo consigue. En él se tratan de forma pormenorizada todos los temas relacionados con las inmunizaciones.

Está estructurado en ocho partes y anexos. Las partes son: Consideraciones generales (con temas de gran interés práctico, como intercambiabilidad y compatibilidad de vacunas, intervalos entre dosis, seguridad, controversias en torno a las vacunas, etc.); calendarios vacunales (en España, Europa, etc.); vacunas disponibles (con una descripción detallada de cada vacuna); vacunas en investigación y desarrollo; recomendaciones vacunales en situaciones especiales (un capítulo muy interesante que aporta información práctica y pautas de actuación en situaciones como guarderías, inmigrantes y niños con patologías diversas); urgencias en la práctica vacunal; inmunoterapia

pasiva, y, finalmente, vacunología en la web.

En el libro participan 44 autores y está coordinado por Javier Arístegui, José M.<sup>a</sup> Corretger, Fernando Moraga y Jesús Ruiz Contreras, expertos reconocidos en vacunología.

Sin duda, uno de los libros de cabecera para todos los pediatras.

DURMIENDO COMO UN NIÑO;  
IDEAS PRÁCTICAS PARA EDUCAR EL SUEÑO  
DE NUESTROS HIJOS

**Pin G, Genis R.**

*Barcelona: Parramón Ediciones S.A.; 2003.*

Según los propios autores, es un libro "para padres sufridores e insomnes, pero también para todos aquellos que quieran ser padres felices y dormilones". Es un libro de formato grande, con 95 páginas, gran cantidad de fotos y profusión de colores.

Estructurado en cuatro partes, a saber: los secretos del sueño infantil, con explicaciones sobre la biología y fisiología del sueño, los problemas del sueño, la intervención ante estos problemas y, finalmente, la prevención de los problemas del sueño.

Es un buen libro para recomendar a padres con cierta formación y deseosos de conocer el tema en profundidad.

