

Revistas

Acoso en la escuela: implicaciones para los médicos.

Childhood bullying: implications for physicians.

Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB.

Am Fam Physician. 2004;70:1723-1728.

Cuidados paliativos en el niño con cáncer terminal.

Algunos los realizan ¿por qué no yo?

Caring for the child with cancer at the close of life: "there are people who make it, and I'm hoping I'm one of them".

Hurwitz CA, Duncan J, Wolfe J.

JAMA. 2004;292:2141-2149.

Tablas de índice de masa corporal: útiles y sin embargo infrautilizadas

Body mass index: Useful yet underused.

Perrin EM, Flower KB, Ammerman AS.

J Pediatr. 2004;144:455-460.

Revisión sistemática sobre la eficacia y efectividad de la vacunación antigripal en niños sanos.

Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children: systematic review.

Jefferson T, Smith S, Demicheli V, Harnden A, Rivetti A, Di Pietrantonj C.

Lancet. 2005;365:773-780.

Disminución de la mortalidad por varicela tras la implantación de la vacuna sistemática en EE.UU.

Decline in mortality due to varicella after implementation of varicella vaccination in the United States.

Nguyen HQ, Jumaan AO, Seward JF.

N Engl J Med. 2005;352:450-458.

Impacto global de la vacuna de la varicela

Varicella vaccine and infection with varicella-zoster virus.

Vázquez M, Shapiro ED.

N Engl J Med. 2005;352:439-440.

¿Cómo deben los padres proteger a sus hijos de la exposición al humo de tabaco en el hogar?

How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home?

Johansson AK, Hermansson Gören, Ludvigsson J.

Pediatrics. 2004;113:291-295

Plagiocefalia y braquicefalia en los primeros dos años de vida: estudio prospectivo de una cohorte.

Plagiocephaly and Braquicephaly in the first two years of life: A prospective cohort study.

Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA.

Pediatrics. 2004;114:970-980.

Cirugía bariátrica para adolescentes gravemente obesos: interés y recomendaciones.

Bariatric Surgery for Severely Overweight

Adolescents: Concerns and Recommendations.

Inge TH, Krebs NF, García VF, Skelton JA, et al.

Pediatrics. 2004;114:217-223.

La cirugía bariátrica en el adolescente:

¿por fallos del tratamiento o por fallos del sistema de asistencia sanitaria?

Bariatric surgery in adolescents: for treatment failures or health care system failures?

Barlow SE.

Pediatrics. 2004;114:252.

Cirugía para los adolescentes con obesidad grave: ulteriores consideraciones de la American Society for Bariatric Surgery.

Surgery for severely obese adolescents: Further insight from the ASBS.

Wittgrove AC.

Pediatrics. 2004;114:253-254.

Cirugía bariátrica para adolescentes: una opinión de la American Pediatric Surgical Association.

Bariatric Surgery for adolescents: A view from the APSA.

Rodgers BM.

Pediatrics. 2004;114: 255.

Prueba de tuberculina dirigida y tratamiento de la infección tuberculosa latente en niños y adolescentes.

Targeted Tuberculin Skin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Children and Adolescents.

Pediatric Tuberculosis Collaborative Group.

Pediatrics. 2004;114(Supl.):1175-1201.

Estreptococos del Grupo A en niños en edad escolar: características clínicas y estado de portador.

Group A Streptococcus in school age children: clinical features and carrier situation.

Martin JM, Green M, Barbadora KA, Wald AR.

Pediatrics (ed. esp.) 2004;58(5):287-294.

Libros

Marketing food to children: the global regulatory environment.

WHO, Hawkes C.

Geneva: WHO; 2004.

ISBN 92-4-159157-9

Medicina basada en la evidencia.

Evidence-Based Medicine (ed. esp.).

Madrid: Saned; 2004.

Antes de tiempo. Nacer muy pequeño.

Pallás Alonso CR, de la Cruz Bértolo J.

Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004.

Guía de la alimentación saludable

Madrid: Sociedad Española

de Nutrición Comunitaria; 2004.

Revistas

Acoso en la escuela: implicaciones para los médicos.

Childhood bullying: implications for physicians.

Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB.

Am Fam Physician. 2004;70:1723-1728.

El artículo es una versión condensada del informe de la American Medical Association sobre el acoso en la escuela.

Comenta que entre los 8 y los 15 años es en EE.UU. un problema mayor que el racismo, el abuso sexual y el abuso de alcohol y otras drogas. Los acosadores tienen una probabilidad 5 veces mayor de llevar armas y los acosados un riesgo 60% superior de llevarlas; es un 70% más probable que se involucren en peleas y un 30% más probable que sean heridos que niños que no hayan sido acosados.

Los varones tienden a usar acoso físico o verbal, mientras que las chicas usan manipulación psicológica más sutil tal como aislamiento, ostracismo y difamación. Hay ciertos rasgos de personalidad que predisponen a un niño al acoso o a ser acosado, pero no hay un tipo clínico claro que los identifique.

Los niños que participan en el acoso pueden ser "asistentes" (físicamente

ayudan al acoso), "reforzadores" (incitan al acoso), "ajenos" (pretenden no ver lo que está ocurriendo) y "defensores" (ayudan a la víctima enfrentándose al acosador).

Los autores se refieren al Programa Olwens de prevención del acoso en la escuela, desarrollado y evaluado en Noruega, como el mejor programa documentado en este tema. El programa intenta alterar las normas sociales cambiando la respuesta de la escuela a los incidentes de acoso. Hacen referencia a un estudio piloto con este programa en EE.UU. que consiguió reducir el acoso un 25%.

Es poco probable que un niño acuda al médico con el acoso como motivo de consulta, pero el médico puede identificar pacientes en riesgo, aconsejar a las familias, buscar comorbilidad psiquiátrica y propugnar programas de prevención de acoso en la escuela. El médico debe preguntar por el acoso si el niño o adolescente presenta síntomas psicossomáticos, si tiene problemas en la escuela o con los amigos, si se inicia en el uso del tabaco, alcohol u otras drogas y si expresa pensamientos de autolesión o de suicidio. Los niños que confiesan ser acosados deben ser reafirmados en que han hecho lo correcto contándolo. A los padres se les debe animar a que comenten el problema con los profesores.

Cuidados paliativos en el niño con cáncer terminal. Algunos los realizan ¿por qué no yo?

Caring for the child with cancer at the close of life: "there are people who make it, and I'm hoping I'm one of them".

Hurwitz CA, Duncan J, Wolfe J.

JAMA. 2004;292:2141-2149.

Aproximación a los cuidados paliativos pediátricos a través de entrevistas a un muchacho de 13 años con enfermedad oncológica terminal, a su madre y a su pediatra oncólogo. Mediante la evaluación de sus respuestas y a la luz de la bibliografía existente, los autores aportan unas recomendaciones para quienes deben ayudar a afrontar la muerte de un menor.

Lo primero que sugieren es averiguar la etapa del desarrollo del niño que caracteriza su particular interpretación del hecho de morir. Aportan consejos para la interacción según las diferentes edades.

Cuando se facilita una comunicación sincera y empática con el niño y su familia se consigue una mayor satisfacción, como demuestran las encuestas realizadas a posteriori.

Conseguir conversación sobre las ideas del niño ante la proximidad de la muerte facilita el manejo de la ansiedad que éstas le producen y es considerado posi-

vamente por sus padres, según una encuesta realizada en Suecia a 429 de ellos tras el fallecimiento de sus hijos. En otros casos no se consigue la adecuada comunicación por miedos o malentendida protección al hijo enfermo.

Los autores presentan un modelo de entrevista estructurada, para transmitir malas noticias y capacitar a las familias para responder con sinceridad a las preguntas de sus hijos, integrando sus expectativas y manteniendo esperanza.

Tras la comunicación del mal pronóstico, viene el establecimiento de metas adecuadas y realistas de cuidados. Es conveniente el empleo de preguntas abiertas. Además, hay que saber que muchos padres mantienen actitudes ambivalentes que llevan a mantener terapias anticancerosas, ya de poca eficacia, paralelamente a los cuidados paliativos en mayor proporción que en los adultos. No se debe olvidar que el objetivo es "añadir vida a los años y no sólo años a la vida del niño".

A continuación, repasan los cuidados para los síntomas más prevalentes de la fase terminal: astenia, dolor y disnea así como aspectos nutricionales. Cualquier agravamiento de ellos debe considerarse una auténtica emergencia médica y conllevará los adecuados ajustes de tratamiento. La astenia es el síntoma más fre-

cuenta, sugieren combatirlo con programas tolerables de ejercicios y a veces con metilfenidato u otros estimulantes. Para el dolor, el principal problema que se plantea es la escasez de formulaciones adecuadas para la infancia de los analgésicos narcóticos, junto con obsoletos prejuicios sobre problemas adictivos. La disnea suele indicar transición hacia la fase final. Puede paliarse con opioides, ansiolíticos y, a veces, con algo de oxígeno, aunque no se deba a hipoxia.

El trabajo concluye con algunas observaciones sobre los "cuidados para los cuidadores" que será necesario tener en cuenta tanto para los familiares como para los integrantes del equipo de profesionales.

Tablas de índice de masa corporal: útiles y sin embargo infrutilizadas.

Body mass index: Useful yet underused.

Perrin EM, Flower KB, Ammerman AS.

J Pediatr. 2004;144:455-460.

En el año 2002 los autores investigan, entre los pediatras de Atención Primaria de Carolina del Norte, si en las revisiones rutinarias de salud usan las tablas de IMC (Índice de masa corporal= $P(\text{kg})/T(\text{m})^2$) o únicamente las de peso y talla, y si esto influye en sus decisiones de manejo del niño con sobrepeso.

Utilizan un breve cuestionario en el

que se incluye un caso hipotético. Distribuidos al azar en dos grupos, a uno le enviaron los datos de peso, talla y percentiles, así como la tabla de peso y talla con los datos anotados en la misma, y a otro sólo los datos IMC y percentil correspondiente y una tabla de IMC con el dato, asimismo, anotado en la tabla. A continuación un cuestionario común a los dos grupos para clasificar cualitativamente el peso de la niña *propositus* y valorar su nivel de implicación en las consecuencias médicas y psicológicas actuales y futuras de ese peso. Finalmente preguntas sobre cuál de los siguientes métodos han usado en el último año para determinar si un niño tiene sobrepeso: tablas de peso y talla juntas, tablas de sólo peso, impresión visual, tablas de IMC y otros métodos. Son considerados válidos 356 cuestionarios.

La conclusión es que aquellos que usan tablas de IMC reconocen antes un problema de sobrepeso que aquellos que sólo manejan tablas de peso y talla, aunque las primeras son usadas sólo por una minoría, sugiriendo que puede estar justificada la intervención que ayude al pediatra a adoptar rutinariamente esta eficaz herramienta.

La obesidad infantil constituye un problema relevante de salud pública. Su prevalencia va en constante aumento y

sus consecuencias sobre la salud son importantes. Los pediatras, supervisores de primera línea de la salud de los niños, son los indicados para prevenir, diagnosticar y tratar el sobrepeso. Hay varios estudios que demuestran que los médicos tienden a infradiagnosticar el sobrepeso tanto en niños como en adultos, así como que la impresión visual incluso para ojos expertos no es sensible en la apreciación real del estado nutricional, por lo que es necesario un método diagnóstico más preciso tanto del sobrepeso como de su tendencia al mismo, lo que puede ser el primer paso para controlar un problema que está alcanzando proporciones epidémicas.

En EE.UU. disponen de tablas de IMC desde el año 2000 que abarcan desde los 2 a los 20 años de edad y, aunque la sensibilidad y especificidad de estas tablas aún están pendientes de confirmar, actualmente son consideradas el método más barato y accesible para valorar si el peso de un individuo es el adecuado. Un IMC entre el 85 y el 95% nos alerta de un niño de riesgo y el 95 percentil define a aquel que padece sobrepeso.

Aunque la Academia Americana de Pediatría aconseja incluir la gráfica individual de IMC, igual que de peso y talla, en el seguimiento periódico de todos los niños la primera aún es poco usada. En

el presente estudio, cuyos participantes probablemente las usen en mayor proporción que la media, sólo el 11% lo hacen de forma rutinaria y el 31% no las usan nunca.

Este estudio, por muchas de sus características, tiene importantes limitaciones, pero aun así nos abre los ojos sobre la utilidad de una sencilla herramienta al alcance de todos que nos permite detectar y así poder tratar de manera precoz, mediante modificación de hábitos, a muchos niños con tendencia a la obesidad.

Para manejo de las tablas de IMC se remite a la página web de los CDC:

www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/powerpoint/slides/038.htm

Revisión sistemática sobre la eficacia y efectividad de la vacunación antigripal en niños sanos.

Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children: systematic review.

Jefferson T, Smith S, Demicheli V, Harnden A, Rivetti A, Di Pietrantonj C. *Lancet.* 2005;365:773-780.

Con objeto de indagar la eficacia y efectividad de la inmunización antigripal en la infancia, realizan la presente revisión sistemática.

Los detalles de la búsqueda inicial se especifican en el artículo y se detallan en un apéndice electrónico. Cumplen con la exhaustividad requerida en este tipo de trabajos.

De los 1.204 trabajos recuperados en un primer cribado, se quedan finalmente con 24 estudios primarios que cumplen con los criterios requeridos: 15 ensayos clínicos aleatorios, 8 estudios de cohortes y uno de casos-control. Las principales variables dependientes consideradas son: casos confirmados por laboratorio (aislamiento, serología, combinados), clínica sospechosa de gripe en el año de la vacunación, admisiones hospitalarias por síndrome gripal y cualquier otro indicador directo o indirecto del impacto de la enfermedad.

La calidad de los ensayos es evaluada según los criterios Cochrane y la de los estudios no aleatorios según otras escalas apropiadas.

Con todos ellos realizan un meta-análisis con cinco principales comparaciones: 3 con los ensayos aleatorios y 2 con los estudios de cohortes. Unas comparan resultados con vacunas atenuadas y otras con inactivadas. En todas se compara con placebo o con no intervención. En algunas se realiza estratificación por edades. Unas valoran casos confirma-

dos, otras enfermedad clínica o variables de impacto como absentismo escolar, casos secundarios, estancias hospitalarias, etc.

Destacan como principales conclusiones: eficacia moderada de las vacunas antigripales en la infancia, mayor para las de virus atenuados en 2 dosis. Si atendemos a la efectividad, es notablemente menor y además ambos parámetros son llamativamente menores en los niños de menos de 2 años.

Concluyen recomendando nuevos estudios metodológicamente adecuados antes de emprender campañas masivas de inmunización gripal en niños.

Disminución de la mortalidad por varicela tras la implantación de la vacuna sistemática en EE.UU.

Decline in mortality due to varicella after implementation of varicella vaccination in the United States.

Nguyen HQ, Jumaan AO, Seward JF. *N Engl J Med.* 2005;352:450-458.

La introducción de la vacuna de la varicela en Estados Unidos en 1995 no estuvo exenta de controversia ya que muchos médicos pensaban que quizás no fuera necesaria en vista de que se trataba de una enfermedad usualmente benigna.

Los autores estudian los registros del *National Center for Health Statistics*

Multiple Cause-of-Death Mortality Data desde 1990 hasta 2001 en busca de los fallecimientos en los que la varicela fuera la causa principal o secundaria. Las tasas de fallecimientos fueron fluctuantes de 1994 a 1998, cayendo a partir de este año notablemente. De 1990 a 1994 se registraron 145 fallecimientos al año, y desde 1998 fueron 66 al año de promedio. Las tasas calculadas fueron de 0,41 muertes por millón de habitantes en el período 1990-1994, y 0,14 en el de 1999 a 2001 ($P < 0,001$). Esta disminución ocurrió en todas las edades, pero fue mayor (92%) entre los niños de 1 a 4 años de edad. Para los autores estos datos son muy sólidos y avalan el uso de esta vacuna.

Impacto global de la vacuna de la varicela

Varicella vaccine and infection with varicella-zoster virus.

Vázquez M, Shapiro ED.

N Engl J Med. 2005;352:439-440.

Editorial en el que los autores afirman que los efectos de la vacunación universal han sido muy importantes sobre la epidemiología de la enfermedad y que en un futuro se verán los que ocasiona sobre el herpes zoster, cuya frecuencia es más baja en las per-

sonas vacunadas que en las que han padecido la varicela. Comentan también el *breakthrough* varicela y que una segunda dosis sistemática de vacuna puede ser necesaria para conseguir un control más efectivo de la enfermedad. Concluyen afirmando que la vacuna ha producido una gran disminución de la morbilidad y la mortalidad de la varicela, y que puede tener un importante papel en la prevención del zoster. Los autores incluyen dos figuras de exantemas de varicela, uno de un niño no vacunado y otro de uno vacunado.

¿Cómo deben los padres proteger a sus hijos de la exposición al humo de tabaco en el hogar?

How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home?

Johansson AK, Hermansson Gören, Ludvigsson J.

Pediatrics. 2004;113:291-295

Se trata de un estudio de casos y controles cuyo objetivo es determinar la eficacia de las distintas estrategias que utilizan los padres en el domicilio para evitar exponer a sus hijos al humo del tabaco. Para ello determinan los niveles de cotinina urinaria, que se considera el mejor marcador biológico de la exposi-

ción al humo de tabaco, y los correlacionan con la conducta tabáquica seguida.

Los autores toman una muestra de niños de 2 y medio a 3 años, procedentes de la cohorte de todos los niños del suroeste de Suecia, que están siendo estudiados para determinar los factores ambientales que afectan al desarrollo de enfermedades mediadas inmunológicamente en la infancia. Se estudió a 578 niños de padres fumadores y 433 niños controles.

Se dividieron las familias en 5 grupos: I) Fumar fuera con la puerta cerrada. II) Fumar cerca de una puerta abierta y fuera con la puerta cerrada. III) Fumar cerca del extractor de humos de la cocina y fuera con la puerta cerrada. IV) Grupo mixto de los 3 anteriores. V) Fumar dentro de casa.

La *odds ratio* (intervalo de confianza 95%) para presentar un nivel de cotinina superior a 6 ng/ml fue de 1,99 para el grupo I; 2,39 para el grupo II; 3,23 para el grupo III; 10,32 para el grupo IV, y 15,09 para el grupo V.

La conclusión es que aunque la conducta de fumar fuera de casa con la puerta cerrada es la que menos riesgo de exposición al humo del tabaco produce, sólo la evitación total del tabaco elimina el humo del tabaco del ambiente de estos niños.

Plagiocefalia y braquicefalia en los primeros dos años de vida: estudio prospectivo de una cohorte.

Plagiocephaly and Braquicephaly in the first two years of life: A prospective cohort study.

Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA.

Pediatrics. 2004;114:970-980.

Desde que se aconseja que los niños duerman boca arriba en los primeros meses de vida, estamos asistiendo a un franco aumento de casos de plagiocefalia no sinostótica.

La prevalencia, historia natural y circunstancias determinantes de esta entidad no son bien conocidas.

Aunque el término plagiocefalia hace referencia a una deformidad con un cráneo oblícuo o asimétrico, la braquicefalia no sinostótica, con aplastamiento de la cabeza a nivel occipital, posiblemente tiene el mismo origen, una compresión continuada sobre una zona del cráneo, por lo que se estudian conjuntamente ya que a los padres parece preocuparles igual una que otra.

Los autores reclutan 200 niños al nacimiento a los que siguen durante un período de dos años. Se registran datos a las 6 semanas, a los 4 meses, a los 8 meses, a los 12 meses y a los dos años. Los casos son definidos como tales si el

índice cefálico es igual o superior al 93% y/o la razón de los diámetros oblicuos del cráneo es igual o mayor del 106% en cualquiera de las edades.

Las medidas las realiza un programa informático a partir de la fotografía zenital del cráneo a 80 cm de distancia. Al bebé se le coloca un gorro de malla, que aplasta el pelo, y sobre el mismo una banda elástica alrededor de la circunferencia fronto-orbitaria máxima. En la banda hay piezas móviles que señalan las orejas y la línea media de la nariz. Esta última marca también sirve como escala.

Los puntos de corte para determinar hasta cuánto un índice cefálico o la razón de los diámetros oblicuos del cráneo dejan de ser normales coinciden con la apreciación visual de presencia evidente de deformidad.

La prevalencia de plagiocefalia y/o braquicefalia fue: a las 6 semanas 16%, a los 4 meses 19,7%, a los 8 meses 9,2%, a los 12 meses 6,8% y a los 2 años 3,3%. No todos los casos a las 6 semanas seguían siéndolo a los 4 meses, cuando muchos se habían corregido y otros habían adquirido la deformidad en el intervalo. En muy pocos comenzó la deformidad pasada esa edad y en ninguno pasados los 8 meses.

Del total de los niños de la cohorte, el 29,5% desarrolló plagiocefalia, braqui-

cefalia o ambas en algún momento del estudio. Ninguna deformidad fue considerada tan severa como para ser tratada con casco corrector.

Las variables aisladas asociadas a mayor riesgo fueron: a las 6 semanas la limitación a la rotación pasiva del cuello al nacimiento, orientación preferencial de la cabeza, la posición supina para dormir y la posición de la cabeza invariable durante el sueño; a los 4 meses los factores de riesgo eran el género masculino, el primer hijo, la limitación a la rotación pasiva del cuello al nacimiento, la limitación a la rotación activa de la cabeza a los 4 meses, la posición supina para dormir a las 6 semanas, un bajo nivel de actividad y el intento infructuoso de variar la posición de la cabeza durante el sueño.

Conclusiones y comentarios: existe una gran variedad de formas de la cabeza en los niños pequeños. Algunas están relacionadas con características raciales o étnicas. La prevalencia de la plagiocefalia no sinostótica aumenta hasta los 4 meses, pero disminuye a medida que el niño va creciendo, resolviéndose espontáneamente la mayoría de los casos a los 2 años. Los mayores determinantes del problema parecen ser la limitación a la rotación de la cabeza, los bajos niveles de actividad y la posición supina para dormir. No se encuentran factores pre-

dictivos de cuáles van a ser los niños que mantengan la deformidad hasta los dos años. En general, a los padres les preocupa en los primeros meses, pero no a partir del año, cuando la anomalía estética es mucho menos evidente.

Cirugía bariátrica para adolescentes gravemente obesos: interés y recomendaciones.

Bariatric Surgery for Severely Overweight Adolescents: Concerns and Recommendations.

Inge TH, Krebs NF, García VF, Skelton JA, et al.

Pediatrics. 2004;114:217-223.

Interesante artículo que cada vez nos concierne más a medida que avanza la epidemia de obesidad entre la población infantil en los países desarrollados y sus numerosas consecuencias sobre la salud y la calidad de vida. Para revertir la tendencia actual al aumento de incidencia de la obesidad entre los jóvenes es necesario el abordaje desde varios frentes, entre otros, el hallazgo de tratamientos conservadores realmente eficaces. Hasta entonces, los pediatras nos vamos a ver implicados cada vez más en el tratamiento de adolescentes muy obesos y con las graves consecuencias médicas. Los autores, pediatras y cirujanos especializados en el tratamiento de

niños obesos ofrecen pautas para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mediante un documento de consenso realizado a la luz de los conocimientos actuales. Los autores proponen cómo evaluar correctamente a los pacientes adolescentes potencialmente candidatos a cirugía bariátrica, evaluación que difiere bastante de la de los adultos, con criterios más conservadores que en éstos. Los adolescentes obesos responden mejor que los adultos al tratamiento conductual y hasta un 20-30% dejarán de ser obesos. La evaluación debe tener en cuenta, además de los datos antropométricos y la comorbilidad, una serie de factores aislados. Se considera este agresivo tratamiento sólo si los adolescentes fracasan en perder peso tras un período de intento serio de al menos 6 meses y además reúnen criterios de índice de masa corporal, médicos y psicológicos. Deben ser muy obesos ($IMC \geq 40$), haber alcanzado o casi la maduración esquelética máxima, tener comorbilidades médicas susceptibles de mejorar con una pérdida de peso mantenida, aceptar la intervención y tener la madurez suficiente para comprender su alcance. La decisión de operar no debe ser tomada sin una profunda deliberación de cada caso individual y adoptarla sólo cuando la cirugía sea la única ma-

nera de escapar de los devastadores efectos médicos y psicológicos de la obesidad. Por ello es muy importante tener criterios muy claros para no abusar ni usar inadecuadamente esta opción de tratamiento agresiva, muy cara y cuyos resultados no son siempre los esperados.

Los autores detallan los numerosos aspectos a tener en cuenta y sostienen que el tratamiento sólo se debe llevar a cabo en centros especializados, con experiencia en pacientes adolescentes, que ofrezcan un abordaje multidisciplinario y que puedan llevar a cabo un seguimiento a largo plazo, si es posible de por vida, de los resultados.

La cirugía bariátrica en el adolescente: ¿por fallos del tratamiento o por fallos del sistema de asistencia sanitaria?

Bariatric surgery in adolescents: for treatment failures or health care system failures?

Barlow SE.

Pediatrics. 2004;114:252.

Comentario de una pediatra especialista en gastroenterología al artículo anterior, cuestionando si antes de la cirugía se le ofrece al adolescente obeso una atención de calidad para ayudarle a perder peso con programas de tratamiento médico y conductual adecua-

dos. Sin tiempo ni remuneración, no cree posible evaluar, educar, motivar y monitorizar al paciente y decidir que el tratamiento ha fracasado, que es una premisa de la indicación quirúrgica. Las ganancias o pérdidas de peso en un tiempo breve en el adolescente pueden estar motivadas por trastornos emocionales o de la conducta alimentaria que requieren más tratamiento psicológico que quirúrgico. Alaba el trabajo del panel de expertos, sobre todo su énfasis en el seguimiento a largo plazo de los resultados. Finalmente aboga por una mejor financiación de las alternativas no quirúrgicas de tratamiento que podrían evitar en muchos casos costosas cirugías y, aun en el caso de que finalmente éstas fueran indicadas, proporcionarían a los pacientes recursos para mantener un peso más saludable tras la cirugía.

Cirugía para los adolescentes con obesidad grave: ulteriores consideraciones de la American Society for Bariatric Surgery.

Surgery for severely obese adolescents: Further insight from the ASBS.

Wittgrove AC.

Pediatrics. 2004;114:253-254.

Comentario de un miembro de la ASBS alabando el artículo de Inge et al, con el que básicamente se muestra de acuerdo

aunque critica lo restrictivo de las indicaciones matizando algunas de ellas. Corrobora la necesidad del seguimiento a largo plazo y defiende la necesidad de unificar definiciones y métodos, y exige una formación excelente de los cirujanos que apliquen estas complejas técnicas.

Cirugía bariátrica para adolescentes: una opinión de la American Pediatric Surgical Association.

Bariatric Surgery for adolescents: A view from the APSA.

Rodgers BM.

Pediatrics. 2004;114:255.

En el presente comentario sobre el artículo de Inge et al, el autor, cirujano pediátrico, se muestra muy de acuerdo con el abordaje conservador de las indicaciones de la cirugía bariátrica en el adolescente, dada la relativamente escasa experiencia en este campo y el desconocimiento de sus consecuencias a largo plazo. Por lo mismo, apoya también un seguimiento prolongado que compare además los resultados del tratamiento médico de la obesidad mórbida con el quirúrgico definiendo y unificando criterios de evaluación. Expresa además el interés de muchos cirujanos pediátricos en formar parte de los equipos multidisciplinarios que tratan a adolescentes obesos.

Prueba de tuberculina dirigida y tratamiento de la infección tuberculosa latente en niños y adolescentes.

Targeted Tuberculin Skin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Children and Adolescents.

Pediatric Tuberculosis Collaborative Group.

Pediatrics. 2004;114(Supl.):1175-1201.

Presenta este suplemento extensas y actualizadas recomendaciones en cuanto a la realización de la prueba de Mantoux como método de despistaje y en cuanto al tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL) en niños y adolescentes. Si bien dirigidas a la población de EE.UU., su lectura es muy recomendable y las conclusiones aplicables a nuestra población española, matizando algunos aspectos.

La evidencia desaconseja el cribado sistemático y universal y, por el contrario, exige la existencia de al menos un factor de riesgo de enfermedad tuberculosa (ET) o de infección tuberculosa latente usando cuestionarios específicos que pueden variar según circunstancias locales.

El adecuado tratamiento de los casos de ITBL minimiza el futuro reservorio de casos de TB contagiosa, por lo que es esencial en la política de erradicación de la enfermedad en EE.UU.

Se recomienda el tratamiento de todos los niños y adolescentes diagnosticados de ITBL.

Aunque la responsabilidad del control de la TB es de los departamentos de salud pública y muchos casos surgirán de pruebas realizadas en búsqueda del origen de un caso índice en niños o en estudios de contactos en adultos, el test de tuberculina dirigido y el tratamiento de la ITBL en la población general serán realizados principalmente por Atención Primaria.

Se describe pormenorizadamente el caso de los niños procedentes de adopción internacional, de los escolares en distintas circunstancias y de los niños con patologías o medicaciones que pueden predisponer al desarrollo de ET.

Se detalla la realización y la interpretación del clásico test cutáneo de tuberculina y la validez de los nuevos test.

La conclusión es que para decidir en qué niño o adolescente buscar ITBL, cómo evaluar los test diagnósticos y cómo tratar son necesarios los siguientes pasos:

- Valorar los factores de riesgo individuales de padecer ITBL o ET en cada niño o adolescente usando un cuestionario apropiado.
- Si está presente cualquier factor de riesgo, hacer test tuberculínico.

- Determinar el resultado midiendo el diámetro trasversal de la induración y registrarlo en milímetros.
- Decidir si los milímetros de induración representan un resultado positivo basado en los criterios de los tres niveles de corte.
- Si el test es positivo, decidir si es necesaria la evaluación adicional que incluya historia clínica completa, examen físico dirigido y radiografía de tórax.
- Tras haber completado esta evaluación, decidir si está indicado el tratamiento de ITBL.
- Asegurarse de que el tratamiento y seguimiento del mismo son posibles y, en este caso, instaurar el tratamiento y facilitar el cumplimiento del mismo.

Estreptococos del Grupo A en niños en edad escolar: características clínicas y estado de portador.

Group A Streptococcus in school age children: clinical features and carrier situation.

Martin JM, Green M, Barbadora KA, Wald AR.

Pediatrics. (ed. esp.).

Artículo de imprescindible lectura para entender mejor la epidemiología y patogenicidad faríngea del estreptococo pyo-

genes (EGA), causa de la mayor parte de las faringitis bacterianas en los niños en edad escolar. También es en esta población en la que aparecen más complicaciones tanto supuradas como no supuradas. En la práctica se acepta que, en un episodio de faringitis con clínica típica y cultivo o un test de diagnóstico rápido positivo a EGA, este germen es el responsable, pero este método no distingue el estado de portador. El presente estudio aporta datos del estudio longitudinal sistemático y prolongado de una cohorte de escolares, lo que evita el problema de interpretar datos esporádicos recogidos en el contexto de una infección faríngea.

Los autores seleccionan una cohorte de niños de una escuela primaria en los que se realizan cultivos faríngeos cada dos semanas, desde octubre hasta mayo (año escolar) en los años 1998 a 2002 y, además, cultivo en cada uno de los episodios respiratorios de vías altas. En los casos positivos no tratados, se realizó otro cultivo a los 7 días del anterior. Cuando los cultivos positivos fueron tratados, se realizó otro cultivo a los 3 días de finalizado el tratamiento.

En cada niño se realizaron al menos 17 cultivos faríngeos cada año. Se realizaron un total de 5.658 cultivos, de los cuales 878 (15,5%) fueron positivos, sin diferencias significativas por año. En

todos los casos se determina el tipo emm de EGA.

Según los datos obtenidos, los niños fueron clasificados en 4 categorías en cada año escolar: 1) portador (EGA positivo en 2 cultivos sucesivos con más de 7 días de intervalo en ausencia de síntomas); 2) episodios recurrentes (adquisición clínica o subclínica de EGA con más de 2 cultivos positivos separados por al menos un cultivo negativo y más de tres semanas de intervalo sin tratamiento antibiótico); 3) episodio aislado (un único cultivo positivo seguido por todos los demás realizados en ese año escolar negativos); 4) ausencia de infección (todos los cultivos durante un año escolar negativos).

Los cultivos positivos a su vez se clasificaron en clínicos o subclínicos, y los clínicos en típicos y atípicos. Cada episodio típico se clasificó según su evolución en: curación clínica, fracaso clínico, curación bacteriológica y fracaso bacteriológico. En ningún caso se trató de erradicar el estado de portador.

Los casos nuevos con clínica fueron tratados con Penicilina V o Amoxicilina en dos dosis diarias durante 10 días y en los alérgicos a penicilina, con eritromicina o azitromicina los dos primeros años del estudio y con clindamicina o cefalexina los últimos dos años.

Cada año escolar entraban y salían participantes por diversos motivos, participando en el estudio un total de 125 niños (en cada año escolar respectivamente 48, 75, 100 y 96). El 26% de los niños participaron los 4 cursos del estudio. La edad media fue de 9,6 años (rango 5-15).

El estudio muestra que circularon 13 tipos diferentes de EGA con un promedio de 9 tipos por año y mucha variabilidad entre los tipos predominantes cada año. Los niños presentaron episodios de faringitis por EGA durante todo el año.

Los episodios recurrentes fueron poco comunes. Fueron portadores el 27-32% de la cohorte en cada año del estudio, siendo frecuente que los portadores un año lo fueran también los años sucesivos. En la mayoría de estos portadores hubo cambio de tipo de EGA siendo la mayoría de estos cambios asintomáticos. El tiempo medio/año como portador de un mismo tipo *emm* fue de 10 semanas y en algunos se sospecha que fue de años, lo que lleva a la conclusión de que el estado de portador es frecuente y persistente. (¿Fenotipo de portador de EGA?)

Se trataron 209 episodios. No se observaron fracasos del tratamiento.

Entre los objetivos del estudio estaba determinar el modo en que se adquiere inmunidad frente al EGA. Los datos no fueron concluyentes por el escaso nú-

mero de casos, pero muchos de ellos se reinfectaron por el mismo tipo *emm* de EGA, lo que indica que una sola infección no es suficiente para generar inmunidad de tipo.

El estudio tiene limitaciones por la población estudiada y sería necesario comparar con otras cohortes de características diferentes, pero puede ser uno de los más ilustrativos sobre este tema de los publicados hasta la fecha.

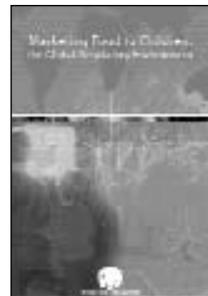
Libros

Marketing food to children: the global regulatory environment.

WHO, Hawkes C.

Geneva: WHO; 2004.

ISBN 92-4-159157-9



El libro es una revisión de la normativa que regula la actividad comercial relacionada con la alimentación infantil en 70 países del mundo (publicidad, promoción y venta de alimentos para niños). Responde al interés de la comunidad científica por el incremento de las patologías no trasmisibles relacionadas con la dieta (enfermedades cardiovascu-

lares, ciertos tipos de cáncer, diabetes y obesidad).

Muchos países han desarrollado una normativa específica para regular la actividad comercial en torno a la alimentación infantil, pero los autores destacan cuatro grandes áreas de insuficiencia:

- La mayoría de los países no reconocen la necesidad de regulación de esta actividad desde el punto de vista de la salud pública. La normativa tiene como objetivo primordial fijar un marco para regular los contenidos y las formas de promoción, más que el de disminuir o racionalizar la capacidad de promoción del consumo de ciertos alimentos.
- Hay una gran variedad y heterogeneidad entre países.
- Mientras que hay gran cantidad de normativa que desarrolla el marco ético basado en evidencias, es muy escaso el desarrollo de normativa que regule los horarios, contenidos y formas de la promoción de alimentación que va directamente dirigida a los niños.
- Las formas de promoción no tradicionales (promoción en colegios, patrocinio de actividades deporti-

vas, promoción y venta en Internet) están muy escasamente reguladas en comparación con la promoción en televisión, y cada día tienen más importancia.

El libro consta de 88 páginas y puede obtenerse de forma gratuita en la web de la OMS (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591579.pdf>).

Medicina basada en la evidencia.

Evidence-Based Medicine (ed. esp.).

Madrid: Saned; 2004.



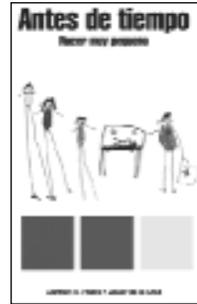
Desde el pasado mes de enero, la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS), un organismo dependiente del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, ofrece el acceso gratuito a la edición electrónica de esta revista. Se trata de la traducción al español de *Evidence Based Medicine*, buque insignia de la literatura científica sobre medicina basada en la evidencia del grupo editorial *British Medical Journal*.

El principal reto del equipo editorial de la versión española –cuya abreviatura es Evid Based Med (ed. esp.)– es llegar a ser una fuente de información de cabecera para los médicos españoles. Contar con datos sobre criterios de efectividad y riesgo resulta ser una herramienta de gran utilidad y aporta seguridad a la hora de elegir el tratamiento más adecuado, pudiendo además evaluar con mayor precisión tanto los resultados terapéuticos esperados como los efectos secundarios que acompañan a cualquier tratamiento. La versión actual aporta información en los siguientes campos: Medicina Interna, Medicina General y de Familia, Cirugía, Psiquiatría, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, mediante la selección de artículos originales y revisión de la literatura biomédica cuyos resultados tengan la máxima probabilidad de ser verdaderos y útiles. Estos artículos se sintetizan cuidadosamente en forma de resumen y son comentados por reconocidos expertos clínicos.

Se puede acceder a través de la página web de la Biblioteca Virtual de la Salud <http://bvs.isciii.es/E/index.php>, proyecto desarrollado por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III desde 1999.

Antes de tiempo. Nacer muy pequeño.

Pallás Alonso CR, de la Cruz Bértolo J. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004.



En el libro *Antes de tiempo. Nacer muy pequeño* se habla, sobre todo, de la experiencia de ser madre y padre de un niño que ha nacido demasiado pronto,

demasiado pequeño.

Antes de tiempo. Nacer muy pequeño puede encontrar lectores en quienes tienen un hijo muy pequeño, en familiares y personas cercanas que participen en su cuidado y además puede ser de interés para los profesionales que atienden a los niños muy prematuros y para un círculo más amplio de personas interesadas en acercarse al proceso asistencial con una visión un poco diferente a la que se suele proporcionar.

Este libro está financiado por la Obra Social de Caja Madrid y se distribuye de forma gratuita a las unidades neonatales y profesionales que lo soliciten (pagando únicamente los gastos de envío). Edita y distribuye Exlibris Ediciones, S.L. (www.exlibrisediciones.com).

Guía de la alimentación saludable

Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.



La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) editó en 1995 una guía alimentaria dirigida a profesionales que en 2001 se actualizó y completó con nuevos contenidos, llegando a ser un documento de gran difusión entre profesionales. Con el libro que aquí comentamos aborda el proyecto de llegar a los no profesionales.

Es una edición extensa, ampliamente

ilustrada, en la que han participado numerosos expertos. Aborda los aspectos relacionados con la alimentación saludable, también desde la perspectiva de la compra, conservación y preparación de los alimentos, con menús y consejos de seguridad alimentaria. La alimentación saludable se entiende en este libro no sólo como un conjunto de consejos para lograr una nutrición sana, sino también segura, exenta de riesgos para la salud.

El libro incluye 105 páginas, muy bien editadas. Es un excelente recurso para padres y familias interesadas. En la web de la SENC (<http://www.nutricioncomunitaria.com/>) puede encontrarse más información.

