Revistas

Actividad física recomendada para la edad escolar basada en pruebas
Evidence Based Physical Activity for School-age Youth.
Strong WB, Malina RM, Bimkie C, Daniels SR, et al.
J Pediatr. 2005;146(6):732-737.

La próxima pandemia de gripe: ¿estaremos preparados para atender a nuestros niños?
The next Influenza Pandemic: will we be ready to care for our children?
Woods C, Abramson J.
J Pediatr. 2005;147:147-155.

Dolor abdominal crónico en el niño (informe clínico)
Chronic abdominal pain in children (clinical report)
American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. North American Socciety for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.
Pediatrics. 2005;59(3):812-815.

Intervenciones con y sin base científica en los problemas psicopatológicos de la infancia: un resumen
Scientifically Unsupported and Supported Interventions for Childhood Psycopathology: a summary
Lilienfeld SO.
Pediatrics. 2005;115(3):761-764.

Relación entre la probabilidad clínica de faringitis por estreptococos del grupo A y la sensibilidad de una prueba para la detección rápida del antígeno en un consultorio pediátrico
Relationship between the clinical likelihood of group A streptococcal pharyngitis and the sensitivity of a rapid antigen-detection test in a pediatric practice
Edmonson MB, Farwell KR.
Pediatrics (ed. esp.). 2005;59(2):77-83.

La adenoidectomía, sumada a la inserción de tubos de timpanostomía, no reduce significativamente la incidencia de otitis media en niños menores de 4 años: ensayo de distribución aleatoria
Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of tympanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial
Hammarén-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J Mattila PS.
Pediatrics (ed. esp.). 2005; 60(1):33-36.

Obesidad infantil y diabetes mellitus tipo 2
Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus
Hannon T, Rao G, Arslanian S.
Pediatrics (ed. esp.). 2005;60(2):112-119.

Libros

DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos
Ekkehard Othmer, Sieglinde C.
Barcelona: Masson; 2003.

Diccionario crítico de dudas Inglés-Español de Medicina
2ª edición
Fernando A. Navarro González
McGraw-Hill Interamericana, 2005.

Revistas

Actividad física recomendada para la edad escolar basada en pruebas

Evidence Based Physical Activity for School-age Youth

StrongWB, Malina RM, Bimkie C, Daniels SR, et al.

J Pediatr. 2005; 146(6):732-737.

En este interesante artículo, un panel de expertos independientes hace una revisión sistemática de la literatura, identificando hasta 850 artículos y otros documentos. Cada uno se encarga de revisar varios artículos de los más afines a su propia especialidad, que son evaluados y sintetizados en un formato estándar y puestos en común y discutidos en el curso de una larga reunión de los expertos con los organizadores del estudio, las divisiones de Nutrición y Actividad Física y de Salud del Escolar y del Adolescente de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades asesorados por el grupo Constella (consultoría líder en Ciencias de la Salud).

El objetivo es buscar evidencias sobre las recomendaciones a dar a los jóvenes en edad escolar sobre la cantidad de actividad física necesaria para que ésta tenga influencia positiva en cuanto a salud y comportamiento. Los ítem valorados son peso normal, sobrepeso y adiposidad, síndrome metabólico, lípidos séricos, presión arterial, entrenamiento aeróbico (cardiovascular), asma, ansiedad, depresión, autoconcepto, rendimiento académico, lesiones, fuerza y resistencia muscular, mineralización ósea y otros.

Ya que la mayoría de los estudios se hacen sobre programas supervisados con ejercicio moderado a fuerte y en la vida diaria el ejercicio puede ser no tan intenso, y cuanto más pequeño el niño, más irregular, los expertos aconsejan aumentar la actividad física para conseguir los mismos efectos beneficiosos observados. La recomendación final, dirigida a promocionar la salud y prevenir enfermedades, es la de hacer 60 o más minutos diarios (que no tienen por qué ser seguidos), de ejercicio moderado a fuerte, variar las actividades y elegir aquellas que sean apropiadas a la edad y a las aficiones del niño o joven. Los jóvenes sedentarios deben aumentar progresivamente la cantidad de actividad física hasta la recomendada. Se proponen varias estrategias para las distintas edades.

La revisión reconoce numerosas lagunas, dada la diversidad de los datos observados y lo variable de los resultados, lo que puede dar pie a varias líneas de

investigación, siendo especialmente útil el investigar la dosis de actividad física necesaria para mantener el peso después de un programa de adelgazamiento en niños y adolescentes.

La próxima pandemia de gripe: ¿estaremos preparados para atender a nuestros niños?

The next Influenza Pandemic: will we be ready to care for our children?

Woods C, Abramson J.

J Pediatr. 2005;147:147-155.

Artículo remitido a finales del año 2004, que revisa la experiencia de la epidemia gripal anual por influenza A de la temporada 2003-2004 que ese año se adelantó a la época usual (comenzó en octubre y finalizó en enero), y en la que según datos recogidos por los CDC, a pesar de las previsiones, se observó que una alta proporción de la población de riesgo no había tenido acceso a la vacuna, no había suficientes camas hospitalarias ni personal para atenderlas, ni suficientes drogas antivirales, ni medios de protección para el personal sanitario. La eficacia de la vacuna en los niños para esa temporada epidémica se estimó entre un 25 y un 49%. Fallecieron en los EE.UU. 152 menores de 18 años y más de 50 supervivientes presentaron cuadros neurológicos severos, de los cuales 20 quedaron con secuelas graves.

Basándose en estos datos, se valoran los problemas que surgirían en caso de que la actual epidemia de gripe aviar (H5N1), en rápida expansión por el mundo, mute permitiendo su transmisión entre humanos, a la vista de su potencial letal en los casos asociados a contagio desde las aves y a la ausencia de experiencia inmunológica contra esta cepa de toda la población mundial actual. Los CDC estiman que sólo en los EE.UU. puede haber más de 200.000 defunciones, además de todas las numerosas consecuencias asociadas a la enfermedad incluidas las económicas y sociales. En los últimos años, los esfuerzos de salud pública se han dispersado en amenazas como la viruela (bioterrorismo) y el SRAS (infección emergente) aunque todos reconocen que hay que reconducir los esfuerzos a la preparación de la más que probable pandemia de gripe. Se reconoce la perentoria necesidad de preparación desde niveles locales, estatales y federales para lo que hay en marcha un Plan Nacional para Preparación de la Epidemia de Influenza. En el borrador del plan se identifican una serie de hechos que deben ser recono-

cidos y tener prevista su posible solución antes de que sea tarde. Los hechos se tabulan en categorías y dentro de estas a cada problema se ofrecen posibles soluciones y comentarios. Como no va a ser posible conseguir rápidamente vacunas para toda la población, los mayores esfuerzos se deben centrar en retardar la expansión de la enfermedad.

En cuanto a los planes para la población infantil, los CDC han desarrollado programas informáticos para ayudar a planificar las necesidades de recursos sanitarios locales y generales, aunque no detallan las necesidades para distintos grupos de edad pediátricos, refiriéndose sólo en general a la población por debajo de 18 años. Son problemas añadidos la posible infección simultánea de aquellos que deben cuidar a los niños, familiares, sanitarios y docentes, el que no está previsto que haya vacuna eficaz para los menores de 6 meses, la necesidad de dos dosis de vacuna y que aparte de su segura escasez, en los EE.UU. no está aprobado el uso de antivirales en menores de 12 años.

Los autores concluyen que son necesarios esfuerzos coordinados, tener previstas intervenciones locales sustentadas por organismos estatales y seguir las recomendaciones de los grupos de trabajo expertos racionalizando los recursos.

Dolor abdominal crónico en el niño (informe clínico)

Chronic abdominal pain in children (clinical report)

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. North American Socciety for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.

Pediatrics 2005;59(3):812-815.

Interesante informe clínico justificado por los numerosos conceptos erróneos, dudas y conocimientos insuficientes en éste área por parte de los profesionales sanitarios que atienden a niños.

Se precisan las definiciones clínicas correctas recomendadas para el dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante, se repasan las hipótesis fisiopatológicas y los factores psicológicos y se definen detalladamente los síntomas de alarma que indican la realización de exámenes complementarios en busca de una causa orgánica del cuadro.

De las conclusiones destacan la necesidad del uso de una nomenclatura correcta, la poco frecuente necesidad de exámenes complementarios en ausencia

de signos de alarma y de hemorragias ocultas en heces y la posibilidad de manejo exclusivo desde el ámbito de la atención primaria si se sospecha únicamente trastorno funcional, aunque reconoce la necesidad en ocasiones de realizar dichos exámenes o derivaciones para tranquilizar al paciente o a su familia; también se advierte la necesidad de educar a la familia como parte del tratamiento y se dan pautas de cómo hacerlo y cómo establecer unos objetivos terapéuticos razonables. Finalmente, hace un extenso comentario sobre investigaciones futuras con varias sugerencias específicas.

Intervenciones con y sin base científica en los problemas psicopatológicos de la infancia: un resumen

Scientifically Unsupported and Supported Interventions for Childhood Psycopathology: a summary

Lilienfeld SO.

Pediatrics. 2005,115(3):761-764.

Existen más de 500 modalidades de tratamiento para trastornos psiquiátricos, muchas específicamente destinadas a la infancia; algunas de ellas han probado su eficacia en ensayos controlados pero la mayoría no han sido evaluadas e incluso otras se han demostrado ineficaces. El tratamiento de la psicopatología infantil ha estado sujeto a numerosas modas pasajeras muchas de ellas potencialmente peligrosas desde el punto de vista psicológico o incluso físico para los niños y/o sus familias.

Este artículo, con 44 referencias bibliográficas, nos remite a grupos de trabajo y publicaciones dedicados a la evaluación de la base científica de los distintos tratamientos y nos ayuda a distinguir entre las intervenciones sustentadas científicamente de las que no lo son, llamando la atención de los lectores sobre los tratamientos más o menos populares que son científicamente cuestionables o demostradamente ineficaces.

Centra la revisión en tres entidades que son importantes en la infancia por ser crónicas y difíciles de tratar, que hace tanto a las familias como a los proveedores de cuidados vulnerables a las promesas de rápidas y dramáticas curaciones. Éstas son el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta. El autor revisa y comenta en cada una de ellas los resultados publicados de los diferentes tratamientos somáticos, psicológicos, farmacológicos y psicosociales más populares e insiste en que el trata-

miento de los trastornos psicopatológicos infantiles debe estar bien fundamentado con bases científicas combatiendo los tratamientos científicamente cuestionables y facilitando la rápida difusión entre los clínicos de las intervenciones de eficacia demostrada lo que exige mayor colaboración entre clínicos e investigadores.

Relación entre la probabilidad clínica de faringitis por estreptococos del grupo A y la sensibilidad de una prueba para la detección rápida del antígeno en un consultorio pediátrico

Relationship between the clinical likelihood of group A streptococcal pharyngitis and the sensitivity of a rapid antigen-detection test in a pediatric practice

Edmonson MB, Farwell KR.

Pediatrics (ed. esp). 2005;59(2):77-83.

A diario se nos plantea en la consulta la certeza del diagnóstico de faringitis estreptocócica. El diagnóstico exige la realización de cultivo del exudado faríngeo, prueba que no aporta un resultado rápido, o bien la realización de una prueba de diagnóstico rápido que en caso de ser negativo indicaría la realización de cultivo. Pocos de nosotros disponemos en la consulta del material necesario para estas pruebas de detección rápida, optando en la mayoría de las ocasiones por el tratamiento empírico con antibióticos sin realizar ninguna prueba, lo que implica un sobretratamiento de muchas infecciones faríngeas de causa vírica.

Este estudio valora el impacto económico de una posible interacción entre la sensibilidad de una prueba de detección rápida de estreptococo y la probabilidad de infección faríngea por estreptococo del grupo A. La sensibilidad de una prueba de detección rápida, para ser válida como prueba única debe ser igual o mayor de la del cultivo faríngeo. El resultado del estudio es que la sensibilidad es variable y directamente proporcional a la probabilidad clínica de infección por estreptococo A. Concluye que a mayor probabilidad clínica de infección por estreptococo pyogenes la sensibilidad de la prueba es mayor, siendo muy baja cuando la probabilidad clínica es baja (puntuación McIsaac $\leq$ 2) cayendo por debajo de los umbrales descritos de coste-eficacia, por lo que el uso selectivo de las pruebas antigénicas rápidas y de cultivos faríngeos confirmatorios en pacientes pediátricos puede tener un a relación coste-eficacia más favorable que las estrategias no selectivas.

La adenoidectomía, sumada a la inserción de tubos de timpanostomía, no reduce significativamente la incidencia de otitis media en niños menores de 4 años: ensayo de distribución aleatoria

Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of tympanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial

Hammarén-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J Mattila PS.

Pediatrics (ed.esp). 2005; 60(1):33-36.

En este ensayo de distribución aleatoria llevado a cabo en Finlandia, se comparan los resultados sobre la frecuencia de episodios de otitis media aguda en el año posterior a la intervención en niños por otra parte sanos, con otitis media aguda recurrente u otitis media crónica con derrame, sin síntomas obstructivos por hipertrofia adenoidea ni cirugía previa, de edades comprendidas entre 1 y 4 años. De los 1385 casos valorados, 296 reunían criterios, de los que 217 aceptaron participar en el estudio y 7 abandonaron el mismo antes de su conclusión. Fueron distribuidos aleatoriamente para recibir como tratamiento a) adenoidectomía más inserción de tubos de timpanostomía y b) sólo tubos de timpanostomía. La recogida de datos posteriores a la intervención fue exhaustiva. Al final del periodo de observación no se observan diferencias significativas en cuanto al número de recaídas, concluyendo que el riesgo de otitis media recurrente no se redujo con la adenoidectomía y sí con la inserción de tubos de timpanostomía, aunque este dato está sesgado por la posible evolución a menor número de episodios de otitis media a medida que el niño es mayor, concentrándose la mayor parte de los casos en los primeros años de vida.

Obesidad infantil y diabetes mellitus tipo 2

Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus

Hannon T, Rao G, Arslanian S.

Pediatrics (ed esp).2005;60(2):112-119.

De lectura muy aconsejable es este artículo de revisión que pone al día una importante patología emergente, que ha sido rara en los niños hasta fechas recientes pero que según previsiones, vamos a ver cada vez más frecuentemente debido a los estilos de vida actuales. Sobrepeso y obesidad se asocian con importantes problemas médicos, psicológicos y sociales durante toda la vida y son el factor de riesgo más importante para el desarrollo de

DM2 en individuos genéticamente predispuestos. La DM2 es responsable de una considerable proporción de nuevos casos de diabetes en la infancia y la adolescencia, habiéndose multiplicado su incidencia por 10 entre 1982 y 1994. Todos los casos nuevos eran obesos y tenían antecedentes familiares cercanos de DM2. Se repasa la fisiopatología de la resistencia a la insulina, los efectos de la obesidad sobre la sensibilidad a la insulina y la progresión de la resistencia a la insulina a la diabetes tipo 2. Se reconoce la pubertad como una época vulnerable. El proceso es inaparente hasta que se deteriora la función de las células betapancreáticas y, por tanto, no permite otra intervención médica que la reducción del peso corporal hasta que la diabetes declarada obliga al uso de medicamentos. No es infrecuente la presentación inicial con cetosis, especialmente en los niños de raza blanca e hispana.

La DM2 no es una enfermedad inmunológica mediada por autoanticuerpos como ocurre con la DM1. Se defiende un enfoque global en la valoración del niño con sobrepeso u obeso con respecto a la DM2, proponiendo cómo identificar el sobrepeso, la intolerancia a la glucosa y la diabetes en el niño, tener en cuenta factores genéticos y ambientales y detectar factores de riesgo. La American Diabetes Association recomienda pruebas de cribado bianuales para niños con IMC > 85 y con dos factores de riesgo adicionales.

Hay pruebas de que las complicaciones de la diabetes comienzan antes de que aparezcan los síntomas y que el tratamiento enérgico retarda el desarrollo de las complicaciones, por lo que la identificación precoz de los niños con DM2 ayuda a prevenir las complicaciones graves.

El artículo detalla los criterios diagnósticos, las opciones terapéuticas y los planes de educación y seguimiento así como el tratamiento de las co-morbilidades como hipertensión e hiperlipemia.

Concluye que la neutralización de la obesidad mediante cambios en el estilo de vida es un paso importante para la asistencia de los pacientes con riesgo de DM2 o que ya la padecen.

Libros

DSM-IV-TR

La entrevista clínica. Tomo I.
Fundamentos
Ekkehard Othmer, Sieglinde C. Othmer.
Masson, Barcelona 2003.

Su edición coincide, oportunamente, con la publicación del DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR proporciona descripción y criterios para los trastornos psiquiátricos conocidos actualmente; este libro aporta técnicas de entrevista para determinar, valorar y aplicar dichos criterios. Los ejemplos del libro, extraídos de la práctica clínica cotidiana, ilustran cómo abordar a los pacientes para establecer el diagnóstico, indicar el tratamiento y comprometer al paciente en el seguimiento de su proceso. Los autores, mediante entrevistas detalladas que muestran el proceso diagnóstico que realiza el entrevistador, nos muestran el modelo de entrevista clínica diagnóstica: relación, técnicas para obtener información, valoración del estado mental y toma de decisiones diagnósticas. Puede resultar muy útil en nuestro trabajo diario.

Diccionario crítico de dudas Inglés-Español de Medicina

2ª edición

Fernando A. Navarro González

McGraw-Hill Interamericana, 2005.

La segunda edición del Diccionario crítico de dudas inglés-español de Medicina aparece 5 años después de su exitosa y elogiada primera edición, cuya utilidad ha quedado demostrada, tanto para traductores médicos como para cualquier profesional.

Dado que el inglés es el idioma principal de los libros de texto básicos en nuestra especialidad, de las revistas médicas con mayor factor de impacto y de la mayoría de las referencias bibliográficas utilizadas en nuestras publicaciones, hace que todo pediatra seamos, de una u otra forma, un médico traductor de inglés a español. Disponer del presente Diccionario es una herramienta útil, que nos ayudará a conocer y reconocer los errores de traducción que pueden suponer los anglicismos, las palabras inglesas polisémicas y/o las llamadas "palabras traidoras", y cuyo objetivo final es intentar conseguir las tres características del lenguaje médico (veracidad, precisión y claridad). En este sentido, el Diccionario de Fernando A. Navarro es ya un referente en el manual de estilo de un buen número de editoriales médicas de España.

Tal como consta en la segunda edición, es una edición "revisada, mejorada y muy ampliada", y se puede confirmar por sus 1.133 páginas, más de 40.000 entradas totales con 24.000 acepciones y subapartados, la mejor estructuración de los contenidos (que permite detectar la información fácilmente) y la ampliación de su contenido teórico (en aspectos como la

cuestión del español de América y el español de España, las siglas, etc).

Comentar el valor añadido de este Diccionario es una tarea fácil a la vista de los comentarios ya recibidos a su primera edición en prestigiosas revistas médicas y de traducción: "joya lingüística", "herramienta imprescindible", "obra maestra del género", "el ´María Moliner´de los diccionarios inglés-español de medicina", etc. En una de las reseñas un crítico llegaba a comentar "no tengo el placer de conocer personalmente al autor…". Bueno, a diferencia de él, yo si tengo el placer de conocer personalmente a Fernando A. Navarro, de ser compañero en la facultad de medicina de Salamanca y de ser su amigo en la actualidad. Pero espero, que la subjetividad del cariño y admiración hacia su labor didáctica y documental, no se vea empañado con la objetividad que declaro hacia el rigor científico, relevancia clínica y clara aplicabilidad en la práctica de todo medico en general, y pediatra en particular, de su Diccionario.

Este Diccionario está escrito por un médico con formación y experiencia dilatada y de prestigio en traducción médica. Y eso se demuestra al hacer fácil y divertido lo que, a priori, pudiera parecer complejo y tedioso.

Sea bienvenida esta obra en el entorno médico en español, a la que auguro una larga y venturosa vida. Una obra que aconsejo tener en nuestras bibliotecas.

Dr. Javier González de Dios
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Universidad Miguel Hernández. Alicante.