

Revistas

Consenso sobre tratamiento del asma en Pediatría

Busquets Mongue RM, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, y cols.
An Pediatr (Barc). 2006;64(4):365-378.

Epidemiología de la infección estreptocócica faríngea en un área de salud

Ochoa C, Brezmes MF, López-Urrutia L, Gutiérrez MN, Barajas MV, Bajo AF.
Bol Pediatr. 2006;46:32-38.

¿Es peor el autoconcepto de los niños con parálisis cerebral que el de los niños sin discapacidad? Revisión sistemática de la bibliografía

A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability.

Shields N, Murdoch A, Loy Y, Dodd KJ, Taylor NF.
Dev Med Child Neurol. 2006;48:151-157.

La influencia de las pruebas de función pulmonar en la planificación del tratamiento del asma infantil

The influence of pulmonary function testing on the management of asthma in children.

Nair SJ, Daigle KL, De Cuir P, Lapin CD, Schramm CM.
J Pediatr. 2005;147:797-801.

Una nueva interpretación de la función rectal en los trastornos de la defecación pediátricos: la alteración de la adaptabilidad a la distensión rectal (**compliance**) es un mecanismo esencial en el estreñimiento infantil

New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation.

Voskuijl WP, Van Ginkel R, Benninga MA, Hart GA, Taminiou J, Boeckxstaens G.
J Pediatr. 2006;168:62-67.

Exploraciones objetivamente mensurables en la consulta en el asma infantil

Office-based objective measures in childhood asthma.

Spahn JD, Chipps BE.
J Pediatr. 2006;148:11-15.

Efectos de la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada sobre la sensibilidad del neumococo a los antimicrobianos

Effects of introduction of the pneumococcal conjugate vaccine on drugs-resistant Streptococcus pneumoniae.

Kyaw MH, Lynfield R, Schaffner W, Craig AS, Hadler J, Reingold A, et al.
N Eng J Med. 2006;354:1455-1463.

Efectos directos e indirectos de la vacunación antineumocócica

Pneumococcal vaccine: direct and indirect ("herd") effects.

Musher DM.
N Eng J Med. 2006;354:1522-1524.

Anticoncepción de emergencia

Emergency contraception

Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría
Pediatrics. 2005;116:1026-1035.

Diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis en una población pediátrica basados en resultados de coste-efectividad e impacto sobre la salud

Diagnosis and management of pharyngitis in a pediatric population based on cost-effectiveness and projected health outcomes.

Van Howe RS, Kusnier LP.
Pediatrics. 2006;117:609-619.

Vacunación antirrubéola no intencionada en mujeres gestantes; evaluación del riesgo de infección transplacentaria

Inadvertent rubella vaccination of pregnant women: evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine.

Hamkar R, Jalilvand S, Abdolbagni MH, Esteghamati AR, Hagh-goo A, Jelyani KN, et al.
Vaccine. 2006;24:3558-3563.

Libros

El síndrome de *quemarse por el trabajo* (*burnout*).

Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar

Gil-Monte PR.
1ª Edición. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005.

Consenso en adopción internacional.

Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios de Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio Casado J, Oliván Gonzalvo G.

Madrid: Atlas/CORA; 2005.

Consenso sobre tratamiento del asma en Pediatría

Busquets Mongue RM, Escibano Montaner A, Fernández Benítez M, García-Marcos J, Garde Garde J, Ibero Iborra M, y cols.

An Pediatr (Barc). 2006;64:365-378.

Consenso de las sociedades de neumología y alergología pediátrica con el objetivo fundamental de ofrecer un criterio claro y uniforme sobre el tratamiento del asma en pediatría. No es una guía exhaustiva y por tanto no trata aspectos fundamentales como la educación y los autocuidados, por ser temas de consenso universal que se encuentran en todas las grandes guías. Por primera vez en una guía de este tipo se incluye la predicción del fenotipo de asma como una variable que se debe tener en cuenta en algunas decisiones terapéuticas.

Parte de la definición del asma en menores de 3 años, considerando la más adecuada: "sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que el asma es probable y se han descartado otras enfermedades menos frecuentes"; a partir de los 6-7 años ya pueden aplicarse las definiciones fisiopatológicas de los consensos generales (GINA, GEMA...).

Describe los diferentes fenotipos clínicos de asma infantil, la predicción de di-

chos fenotipos según varios factores de riesgo mayores y menores, e intenta establecer la mejor pauta de tratamiento para cada fenotipo de acuerdo con las evidencias científicas disponibles. El diagnóstico según la valoración clínica y funcional, junto con una evaluación alergológica valorando la existencia de alérgenos relevantes en la patología del niño con asma.

En la clasificación del episodio agudo del asma y su tratamiento hace hincapié en la necesidad de que todos los centros de salud dispongan de pulsioxímetro, y que las crisis deben tratarse en Atención Primaria utilizando cámaras de inhalación o mecanismos de polvo seco. También aborda el tratamiento de mantenimiento del asma infantil, dividido según edades: menores y mayores de 3 años. En los menores de 3 años indica que en los niños sin factores de riesgo, según las evidencias científicas disponibles, la utilidad de los corticoides inhalados es dudosa, que el uso de los inhibidores de los leucotrienos no está avalada suficientemente en la actualidad, y que para utilizar la asociación de agonistas de beta de larga duración con corticoides se debería disponer de más estudios a estas edades.

Enumera las indicaciones y contraindicaciones de la inmunoterapia específica y repasa los sistemas de inhalación. Por último hace mención a la importancia

de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada en el tratamiento del niño con asma, siendo cada Área quien concrete esta coordinación de acuerdo con los recursos existentes.

Epidemiología de la infección estreptocócica faríngea en un área de salud

Ochoa C, Brezmes MF, López-Urrutia L, Gutiérrez MN, Barajas MV, Bajo AF.

Bol Pediatr. 2006;46:32-38.

Estudio descriptivo sobre la evolución de la infección faríngea por *Streptococcus pyogenes*, en el área de salud de Zamora, desde enero de 1995 hasta septiembre de 2005.

Con el objetivo de aportar información epidemiológica de interés para el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda, revisan un total de 4.773 cultivos de exudados faríngeos de pacientes menores de 15 años: 3.137 procedentes de pacientes hospitalizados, 1.016 de Atención Primaria y 620 de consultas externas hospitalarias. Se aísla un total de 791 cepas de *S. pyogenes* (16,5%). Comparan el porcentaje de aislamientos, por grupos de edad y mes del año, utilizando los datos de las muestras procedentes de Atención Primaria en los dos últimos años, mientras que el análisis de la tendencia de resistencia a peni-

cilina, eritromicina y clindamicina se realiza con los datos de todos los aislamientos de la década.

En los cultivos procedentes de Atención Primaria (media de edad: 5,8 años) desde julio de 2003, se aisló *S. pyogenes* en un 21,2% (IC 95%: 18,2-24,2). El porcentaje de aislamientos para los menores de 3 años fue del 6,8% y para menores de 2 años del 1,8%. No encuentran diferencias significativas estacionales. Ninguna cepa era resistente a penicilina, mientras que a eritromicina lo eran el 34,2% (IC 95%: 30,8-37,6) y a clindamicina el 5,09% (IC 95%: 3,4-6,7).

Concluyen desaconsejando el tratamiento antibiótico empírico, en ausencia de confirmación microbiológica, sobre todo en los menores de 3 años en los que el aislamiento de estreptococo tiene una frecuencia mínima. Mencionan las limitadas ventajas que aporta, según la bibliografía actual, el uso de antibioterapia en el curso evolutivo de las faringoamigdalitis frente al tratamiento sintomático.

El antibiótico de elección recomendado sigue siendo la penicilina y, en los casos de alergias, la elevada resistencia a los macrólidos de 14 y 15 átomos de carbono sigue desaconsejando su uso empírico. Podría obviarse en estos casos la realización de cultivo, recurriendo a

macrólidos de 16 átomos o lincosamidas, que todavía mantienen un buen perfil de sensibilidad.

En cualquier caso sigue sorprendiendo la tendencia exagerada en nuestro país a tratar con antibióticos el 80% de las amigdalitis, cuando se sabe que sólo el 20% de ellas son de etiología estreptocócica.

¿Es peor el autoconcepto de los niños con parálisis cerebral que el de los niños sin discapacidad? Revisión sistemática de la bibliografía

A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability

Shields N, Murdoch A, Loy Y, Dodd KJ, Taylor NF.

Dev Med Child Neurol. 2006;48:151-157.

En general, se asume que los niños con parálisis cerebral (PC) deben tener una menor autoestima* que aquellos sin discapacidad. En el presente trabajo, un grupo de investigadores australiano trata de averiguarlo, a través del análisis de la bibliografía, siguiendo los pasos de la medicina basada en pruebas.

Tras definir los términos, justifican el interés del estudio por la necesidad de

optimizar los recursos rehabilitadores de los niños con PC: si en efecto tuvieran una menor autoestima, habría que invertir en la adecuada psicoterapia para mejorarla y, en caso contrario, se podrían centrar los esfuerzos en otros problemas adaptativos, físicos o psíquicos.

Tras concretar la pregunta clínica, detallan la metodología de la búsqueda, que incluye las principales bases de datos electrónicas, entre 1966 y 2005, junto con el rastreo de las bibliografías aportadas en los trabajos obtenidos. Las palabras clave utilizadas incluyen los sinónimos adecuados para conseguir la recuperación máxima de trabajos publicados sobre el tema. Obtienen inicialmente 1.355 citas, centrando el estudio en los únicos seis que cumplen con los criterios de inclusión y de calidad prefijados.

De éstos, no todos emplean la misma metodología para medir la autoestima, tanto global como de los diferentes dominios evaluados: apariencia física, aceptación social, habilidad deportiva, académica, de comportamiento. En cuatro de los seis trabajos se pudo calcular el tamaño del efecto con el 95% de confianza.

Como resultados destacan que no es posible concluir, en general, que en la autoestima global los niños con PC pun-

* N. del T.: muchos autores consideran "autoconcepto" y "autoestima" sinónimos.

túen menos en las escalas que aquellos sin discapacidad. Sí hay unanimidad en cuanto a menor autoestima respecto a la competencia atlética en todos los subgrupos etarios y, sólo en el subgrupo femenino de adolescentes, una menor autoestima en las áreas de aceptación social y apariencia física.

Como siempre, en estas revisiones sistemáticas, acaban recomendando más investigación original de calidad que permita una mayor certeza en la respuesta a la pregunta clínica del encabezamiento.

La influencia de las pruebas de función pulmonar en la planificación del tratamiento del asma infantil

The influence of pulmonary function testing on the management of asthma in children.

Nair SJ, Daigle KL, De Cuir P, Lapin CD, Schramm CM.

J Pediatr. 2005;147:797-801.

El objetivo de este trabajo es valorar si en una consulta de control del niño asmático el hecho de realizar o no alguna prueba de función pulmonar (PFP) influye en las decisiones sobre el tratamiento. Para ello se valora a 367 niños asmáticos de 4 a 18 años. La espirometría se hace antes de entrar a la consulta; el niño es controlado (anamnesis y

exploración física) sin conocer los resultados de ésta. Tras proponer un tratamiento se revisa el resultado de la espirometría y se valora la conveniencia de hacer algún cambio.

La espirometría está alterada en el 45% de los casos, en mayor proporción en los niños con asma grave, y lleva a cambiar el tratamiento en un 15% de los casos. Este hecho no depende de la edad, ni del sexo, ni de la gravedad del asma, ni del control sintomático previo, ni de los hallazgos exploratorios. En los casos en que la espirometría no cambia el tratamiento: en el 58% se mantiene el previo, en un 17% se intensifica y en un 24% se disminuye. Las proporciones respectivas para los que la espirometría induce un cambio en el tratamiento son de 20%, 75% y 5%. El Programa Nacional para la Prevención y Educación en Asma (NAEEP) resalta la importancia de una espirometría al tiempo del diagnóstico, formando parte de la evaluación inicial de un niño con asma, otra tras la estabilización del PEF y posteriormente en intervalos regulares para vigilar el posible deterioro de la función pulmonar; esta recomendación está basada en la opinión de expertos. Se asume que el seguimiento estricto de las guías es escaso. Pero la

necesidad de realizar la espirometría es por la escasa correlación entre la anamnesis y la exploración con los hallazgos espirométricos. Para correlacionar los hechos se clasifica a cada niño en uno de cuatro grupos: anamnesis normal/exploración normal, anamnesis normal/exploración anormal, anamnesis anormal/exploración normal y ambos anormales. La espirometría fue anormal con la misma probabilidad si anamnesis y exploración eran normales, así como si una sola o ambas variables estaban alteradas. El estudio demuestra que incluso los médicos experimentados tienden a subestimar el grado de obstrucción de la vía respiratoria en niños con asma. Se concluye que la espirometría optimiza el tratamiento, y es especialmente útil en Atención Primaria, donde se lleva a cabo la mayoría de los ajustes. Por otra parte, tratan de valorar la sensibilidad del PEF para identificar a los niños con afectación de la función pulmonar. Esta medida es bastante específica (94%), pero poco sensible (48%) cuando se compara con la espirometría a la que no puede sustituir, aunque sigue siendo de utilidad para monitorizar ciertas situaciones.

Una nueva interpretación de la función rectal en los trastornos de la defecación pediátricos: la alteración de la adaptabilidad a la distensión rectal (*compliance*) es un mecanismo esencial en el estreñimiento infantil

New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation

Voskuil WP, Van Ginkel R, Benning MA, Hart GA, Taminiu J, Boeckstaens G.

J Pediatr. 2006;168:62-67.

Con el objetivo de evaluar la sensibilidad rectal en los dos trastornos infantiles de la defecación más frecuentes, el estreñimiento funcional grave y la encopresis no retentiva, los autores estudian a un total de 69 y 19 niños respectivamente para cada una de las entidades, de edades entre 6 y 15 años, mayoritariamente varones, y los comparan con 22 voluntarios sanos. Mediante un barostato que produce una distensión bajo presión controlada, se determinan los umbrales de sensibilidad rectal para la primera sensación, la urgencia para defecar y el dolor, y complementariamente se determina la compliance rectal. Cada uno de los sujetos estudiados padecía un trastorno de larga evolución y no había respondido a ninguno de los tratamien-

tos convencionales. La mayoría de los pacientes con estreñimiento además tenía encopresis. Se comienza definiendo los criterios de diagnóstico de las entidades estudiadas y los criterios de exclusión, lo que es imprescindible para un estudio comparativo, así como el material empleado y el protocolo detallado del estudio. La mayoría de estudios previos había determinado volumen en lugar de presión como parámetro de estudio, lo que explica la disparidad de interpretación de los hallazgos con el actual. Los hallazgos más relevantes son que en la mayoría de los casos de estreñimiento, la sensibilidad rectal a los incrementos de presión es normal, pero no así la distensibilidad rectal, que estaba aumentada en el 58% de los casos, lo que explica que se necesiten mayores volúmenes fecales para alcanzar la presión rectal que desencadena la urgencia por defecar. El aumento de la distensibilidad rectal y no la sensibilidad rectal disminuida parece ser mecanismo fisiopatológico en niños con estreñimiento crónico. No queda claro si la distensibilidad aumentada es un fenómeno primario o secundario. Sólo un niño del grupo de estreñimiento tenía alterada de forma aislada la sensibilidad rectal y el 41% tenía normales ambas funciones rectales; en éstos, probablemente, los factores

etiológicos del estreñimiento serían psicológicos o por alteración de la motilidad colónica. La encopresis no retentiva, que no presenta alteraciones manométricas, parece una entidad clínica completamente diferente. En los niños con este problema, la función rectal para ambos parámetros, sensibilidad y *compliance*, fue mayoritariamente normal y en proporción similar a la de los voluntarios sanos. En los estudios previos sobre niños con encopresis no retentiva, la manometría rectal no mostraba alteraciones y se ha creído que se trata de un trastorno exclusivamente psicológico. Este estudio tampoco es capaz de clarificar la fisiopatología de la encopresis en este tipo de pacientes.

Exploraciones objetivamente mensurables en la consulta en el asma infantil

Office-based objective measures in childhood asthma

Spahn JD, Chipps BE.

J Pediatr. 2006;148:11-15.

Hay diversas razones que explican las considerables tasas de morbilidad asociadas al asma infantil. Una de las principales es la escasa implantación de sistemas objetivos de monitorización. Los autores de este trabajo intentan poner al día los datos de utilidad de los dos

métodos de exploración de la función pulmonar más frecuentemente usados, el pico de flujo espiratorio (PEF) y la espirometría y, adicionalmente, valoran la utilidad de otro nuevo método no invasivo de la actividad inflamatoria bronquial, que es el óxido nítrico exhalado (eNO).

Idealmente los pacientes con asma deben ser monitorizados de forma rutinaria en cuanto a su función pulmonar, lo que nos va a servir como prueba diagnóstica, medida de la gravedad, respuesta al tratamiento, nivel de control y, finalmente, usadas de modo longitudinal, nos van a proporcionar una medida de seguimiento de la evolución a largo plazo del asma.

PEF: reconociendo sus limitaciones, se recomienda su uso dos veces al día, para detectar precozmente recaídas en pacientes con asma moderada a grave y en aquellos que no reconocen los signos y síntomas de empeoramiento. Es también útil en niños mal controlados, como medida de respuesta al tratamiento hasta que se logra la estabilización.

Espirometría: es la prueba de función pulmonar más importante en el niño asmático. Con un buen entrenamiento, se puede hacer en niños a partir de 5 años. El FEV1 es el "patrón oro" para las en-

fermedades caracterizadas por limitación del flujo aéreo. Los valores aceptados sobre el teórico son el 80%, del 60 al 80% y < 60% respectivamente para el asma leve, el moderado persistente y el grave persistente. La razón FEV1/FVC mide mejor la gravedad que el FEV1. Se acepta que el FEF25-75 es una buena medida de la obstrucción periférica de la vía aérea; está entre los primeros parámetros que se alteran en el asma y generalmente es el que más se altera de todas las medidas espirométricas.

La reversibilidad con beta-agonistas ayuda al diagnóstico en pacientes con síntomas sugerentes de asma, da información sobre la reversibilidad de la limitación al flujo aéreo y sobre la labilidad y la inflamación de la vía aérea; es el parámetro que mejor se relaciona con el eNO y con la presencia de eosinófilos en el esputo. En un estudio prospectivo a largo plazo, la mayor respuesta a los beta-adrenérgicos se relaciona con una peor progresión de la función pulmonar, lo que puede ayudar a seleccionar a pacientes con peor pronóstico e intensificar en ellos el tratamiento.

La mayoría de los niños con asma no tiene una afectación crónica de la función pulmonar y sus valores espirométricos son normales en períodos de es-

tabilización. Una determinación aislada del FEV1 no es una medida sensible para la gravedad del asma. Un valor normal nos puede dar una falsa sensación de seguridad dada la reversibilidad de la obstrucción. Por otra parte, un FEV1 disminuido obliga a intensificar el tratamiento para prevenir un ataque de asma y para prevenir una progresiva pérdida de función pulmonar. Se discute el riesgo de pérdida progresiva de función pulmonar en los niños asmáticos a la luz de varios estudios. Parece ser que la pérdida más importante ocurre en los primeros años y está por valorar el efecto protector de los tratamientos antiinflamatorios usados en la actualidad. Para detectar a los niños con riesgo de pérdida progresiva de función pulmonar es necesario hacer espirometrías seriadas. Finalmente se comenta la utilidad del test del eNO como ayuda en el diagnóstico de asma, así como en la valoración de su gravedad y de la calidad del control y como predictor de la respuesta al tratamiento antiinflamatorio. Es una prueba fácil, rápida y se puede hacer en niños más pequeños que la espirometría. Su inconveniente principal es el coste del equipo, pero si se salva este escollo, se debería considerar su uso generalizado en Atención Primaria.

Efectos de la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada sobre la sensibilidad del neumococo a los antimicrobianos

Effects of introduction of the pneumococcal conjugate vaccine on drugs-resistant Streptococcus pneumoniae

Kyaw MH, Lynfield R, Schaffner W, Craig AS, Hadler J, Reingold A, et al. *N Eng J Med.* 2006;354:1455-1463.

Cinco (6B, 9V, 14, 19F y 23F) de los siete serotipos incluidos en la vacuna antineumocócica conjugada (además 4 y 18C) causan la mayor parte de las infecciones invasoras por neumococos no sensibles a penicilina.

Los autores estudian un total de 24.825 muestras con aislamiento de neumococo de un total de 28.336 casos identificados desde 1996 hasta 2004. La vacuna conjugada fue introducida en Estados Unidos en el año 2000. La población estudiada fue de 14,3 a 16,9 millones de personas, con unos 500.000 niños menores de 2 años de edad. La sensibilidad a antibióticos de los aislados fue definida según los puntos de corte de CMI (concentración mínima inhibitoria) previamente determinados; los aislados con resistencia intermedia o elevada fueron catalogados como no sensibles.

Los resultados más destacables en la incidencia de infecciones causadas por serotipos no sensibles a penicilina, comparando 1999 con 2004, son los siguientes:

Todos los serotipos. La disminución de la incidencia de la enfermedad neumocócica invasora fue: un 57% (95% CI; -55 a -58) en individuos de cualquier edad; un 81% (95% CI; -80 a -82) en los menores de 2 años de edad; y 49% (95% CI; -46 a -51) en los mayores de 64 años de edad.

Todos los serotipos vacunales. Las cifras en los mismos grupos de edad fueron: disminución del 87% (95% CI; -86 a -88); 98% (95% CI; -97,6 a -98,4); y 79% (95% CI; -78 a -81).

Todos los serotipos no vacunales. Se comprobaron incrementos de la incidencia. Las cifras en los mismos grupos de edad fueron: aumento del 195% (95% CI; +165 a +230); 150% (95% CI; +84 a +238); 208% (95% CI; +164 a +259).

Referido a este último grupo destacan que entre los serotipos no vacunales pero relacionados con otros sí incluidos en la vacuna, encuentran datos muy distintos en lo referido a los serotipos 6A (relacionado con el 6B incluido en la vacuna) y 19A (relacionado con el 19F, sí vacunal). Mientras que para el primero (6A) la introducción de la vacuna ha significado una disminución de la incidencia de un 65%, para el 19A se ha observado un in-

cremento de su incidencia del 313% en los menores de 2 años de edad. Estos datos parecen decir que la vacuna (que incluye el serotipo 6B) protege frente al serotipo 6A no incluido en ella, pero no ocurre lo mismo en lo que se refiere a los serotipos 19F y 19A.

El estudio presente confirma datos previos que avalan un importante efecto de la vacunación antineumocócica, la disminución muy importante de los casos de infección invasora resistente a antibióticos, tanto por serotipos vacunales como globalmente, sobre todo en los menores de 2 años de edad, pero también en los mayores de esta edad, en particular los mayores de 64 años. La observación del incremento de la incidencia de infecciones causadas por serotipos no vacunales es un motivo de gran preocupación, por el momento cuantitativamente poco importante, pero de evolución impredecible y por tanto precisa de una estrecha vigilancia.

Efectos directos e indirectos de la vacunación antineumocócica

Pneumococcal vaccine: direct and indirect ("herd") effects

Musher DM.

N Eng J Med. 2006;354:1522-1524.

Se trata de un texto editorial que acompaña al artículo original de MH.

Kyaw en el mismo número. El autor hace un resumen de los efectos de la implementación de la vacunación antineumocócica conjugada 7-valente, documentados hasta el momento. Los clasifica en efectos directos e indirectos, y esperados o inesperados; también en beneficiosos o negativos. Los efectos documentados favorables han sido:

- Reducción importante, casi hasta la virtual desaparición, de la enfermedad invasora debida a serotipos vacunales en niños (efecto directo y esperado).
- Reducción moderada de otras formas de enfermedad neumocócica (por ejemplo, otitis media aguda) (efecto directo esperado, atenuado por la gran variedad de agentes causantes de otitis media).
- Reducción de la tasa de colonización nasofaríngea por serotipos vacunales en niños vacunados (efecto directo, no previsto).
- Reducción de la tasa de infección y colonización nasofaríngea por serotipos resistentes a antibióticos (efecto directo e indirecto, no previsto).
- Reducción de la enfermedad causada por serotipos vacunales en personas no vacunadas de todas las edades (efecto indirecto).

Y el único efecto adverso documentado ha sido:

- Incremento de la prevalencia de infección y colonización por serotipos no vacunales (reemplazamiento de serotipos), (efecto directo e indirecto, no esperado).

Anticoncepción de emergencia

Emergency contraception

Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría

Pediatrics 2005;116(4):1026-1035.

Los embarazos en adolescentes en los EE.UU. han disminuido en la última década pero siguen siendo más numerosos que en otros países desarrollados. La reducción de embarazos no deseados durante la adolescencia y sus consecuencias negativas son un importante asunto de salud individual y pública. El uso apropiado de la contracepción de emergencia puede reducir a la mitad las tasas de embarazo no deseado así como las de abortos subsiguientes. Este informe ofrece al pediatra una revisión amplia sobre la contracepción de emergencia, incluyendo su definición, formulación, dosis, efectos adversos, eficacia, mecanismo de acción, indicaciones y contraindicaciones. Incluye datos sobre conocimientos y actitudes de los jóvenes sobre la anticoncepción de emergencia y sobre el acceso a ésta. La

AAP, como otras organizaciones profesionales, propugna su disponibilidad como medicamento sin receta (*over the counter*), aunque la FDA lo ha denegado recientemente.

En este informe, la contracepción de emergencia se refiere al uso de determinadas hormonas dentro de las 72-120 horas tras una relación coital no protegida, con la finalidad de evitar un embarazo no deseado. Se suelen usar dos dosis separadas por 12 horas. Cada dosis debe contener al menos 100 mcg de etinil-estradiol y un mínimo de 0,5 mg de levonorgestrel. Una segunda opción (Plan B) consiste en dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel y datos recientes sugieren que es igualmente eficaz y no aumenta los efectos adversos la administración de una sola dosis de 1,50 mg.

Aunque algunos anticonceptivos orales combinados que contienen norgestrel o levonorgestrel no están etiquetados específicamente como contraceptivos de emergencia, varias organizaciones los declaran seguros y efectivos usándolos en dosis apropiadas. Esta alternativa es útil cuando el acceso a los productos específicos es limitado. Usadas apropiadamente, una de estas pautas puede evitar hasta el 80% de los embarazos de mujeres en la mitad del ciclo y por tanto en riesgo de quedar embarazadas. El plan B

es estadísticamente más eficaz que la terapia combinada.

Hay muy pocas contraindicaciones para el uso de la combinación hormonal y virtualmente ninguna para la monoterapia con progestágeno en las dosis recomendadas.

El posible mecanismo de acción de este método es que dificulte la receptividad endometrial a la implantación de un óvulo fecundado, aunque otros estudios demuestran escaso o nulo efecto sobre el endometrio y sugieren otros mecanismos como alteración del esperma o del transporte del óvulo, interferencia con el proceso de fertilización y cambios en las características del moco cervical, aunque ninguno está suficientemente probado.

La contracepción de emergencia no interrumpe una gestación ya implantada en el endometrio y no debe confundirse con la píldora abortiva, que contiene mifepristona (RU-486).

El informe sugiere que el plan B puede ser prescrito incluso por teléfono a una chica que solicita ayuda tras una relación sexual sin protección. No es necesario un test de embarazo para su uso.

Uno de los principales obstáculos para la accesibilidad a la contracepción de emergencia es su falta de disponibilidad, pero también la ignorancia de su existencia; es más conocida en Europa, incluso en algún

país las adolescentes tienen derecho a ella por ley. En cuanto a los médicos, la razón mayoritaria para no prescribirla es la inexperiencia, pero también el temor a efectos secundarios, la objeción de conciencia y la preocupación de que su uso generalizado pueda llevar a los jóvenes a mantener más frecuentemente relaciones sexuales sin protección y a usar este método repetidamente en lugar de otros más adecuados para el control de la natalidad. Hay que tener en cuenta que el método no protege en absoluto frente a las ETS y de ello los adolescentes deben ser informados convenientemente. El informe sugiere que los pediatras deberían añadir la información sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia en la educación sexual de los adolescentes e incluso prescribirla anticipadamente si es solicitada.

Diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis en una población pediátrica basados en resultados de coste-efectividad e impacto sobre la salud

Diagnosis and management of pharyngitis in a pediatric population based on cost-effectiveness and projected health outcomes.

Van Howe RS, Kusnier LP.

Pediatrics. 2006;117:609-619.

Estudio teórico de la relación coste/

utilidad de cada una de seis estrategias de tratamiento de las faringitis en la infancia mediante un árbol de decisiones que incorpora gastos totales e impacto en la salud para determinar la relación costes/año de vida ajustada por la calidad. La exactitud de los cálculos se basa en análisis de sensibilidad y el modelo simulado según el método de Montecarlo.

La faringoamigdalitis es frecuente en la infancia y adolescencia. El motivo de hacer pruebas en busca de estreptococo grupo A (GAS) y tratar los positivos es prevenir las secuelas de la infección, especialmente la fiebre reumática aguda y el absceso peritonsilar. El manejo actual consiste en una de estas seis estrategias: (1) observación sin pruebas ni tratamiento; (2) tratar todos los casos sospechosos con antibiótico; (3) tratar sólo si el cultivo faríngeo es positivo; (4) tratar sólo a los positivos a test rápido para estreptococo pyogenes; (5) tratar a los positivos a test rápido y a los cultivos positivos tras haber sido test rápido negativos, y (6) usar un sistema de puntuación basada en datos clínicos para decidir la estrategia de diagnóstico y tratamiento. Todas ellas se consideran aceptables dada la rareza de las complicaciones de la faringitis estreptocócica y la relativa frecuencia

de los efectos secundarios de los antibióticos que van desde un exantema hasta la muerte. La opción recomendada puede ser muy diferente según de quién sea el punto de vista: la medicina socializada (pago a través de MEDICAID), el mejor resultado es hacer cultivo a todos y tratar sólo a los positivos; cuando el pagador es un seguro privado, el mejor resultado son los test rápidos. Observar sin tratar tiene el menor coste para el pagador y las menores tasas de morbilidad, pero presenta el coste social más alto en términos de ausencias de los padres al trabajo. El criterio más común para valorar resultados en salud es el QALY (calidad ajustada por años de vida). Las recomendaciones tienen que tener en cuenta las tasas nacionales o regionales de complicaciones. También hay que valorar los antibióticos utilizados con sus ventajas e inconvenientes, incluido su precio.

1. Observar sin pruebas ni tratamiento: sólo del 10 al 30% de las faringitis son producidas por GAS. De éstas, casi todas se resuelven espontáneamente y el impacto global del tratamiento en términos de salud es irrelevante si se pone en una balanza la evitación del riesgo de complicaciones

con los efectos secundarios y el coste de los antibióticos. Por otra parte, para el individuo, la duración de los síntomas es de 1 a 2 días más, y el coste de las horas de trabajo perdidas por los padres puede ser desproporcionado para lo leve de la enfermedad; además el riesgo teórico de complicaciones y secuelas, aunque mínimo, posiblemente es mayor que en los tratados, aunque no hay evidencias al respecto.

2. Tratar todos los casos: teóricamente todas las faringitis producidas por GAS serían tratadas, pero lo serían también un gran número de aquellas sin GAS. El tratamiento antibiótico puede tener efectos secundarios, algunos graves, y el uso indiscriminado elevaría las resistencias antibióticas de otras bacterias.
3. Hacer cultivo faríngeo a todos y tratar sólo si es positivo: selecciona para tratar sólo los casos en que sería beneficioso, pero retrasa el tratamiento al menos dos días. Recomendado por las sociedades científicas pediátricas.
4. Hacer una prueba rápida para GAS en faringe a todos los casos y tratar sólo a los positivos: algo menos

sensible que el cultivo, identifica casi todos los casos GAS positivos y evita el tratar los producidos por otras causas. Recomendado por las sociedades científicas para niños y también para pacientes adultos.

5. Hacer una prueba rápida para GAS en faringe a todos los casos, tratar a los positivos, hacer cultivo a los negativos y tratar si son positivos: permite iniciar tratamiento precoz a la mayoría de los casos y evita que queden algunos sin tratar. Es más caro al exigir dos pruebas. También recomendado por las sociedades pediátricas.
6. Usar un sistema de puntuación basada en datos clínicos para decidir la estrategia de diagnóstico y tratamiento: descarta a los que tienen puntuación baja, hace test rápido y/o cultivo a las puntuaciones intermedias y trata sólo si son positivos y a los que sin pruebas tienen puntuaciones altas. Tiene las ventajas y los inconvenientes de los anteriores. Es recomendado por las sociedades científicas para niños y adultos.

Vacunación antirrubéola no intencionada en mujeres gestantes; evaluación del riesgo de infección transplacentaria

Inadvertent rubella vaccination of pregnant women: evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine

Hamkar R, Jalilvand S, Abdolbagni MH, Esteghamati AR, Hagh-goo A, Jelyani KN, et al.

Vaccine. 2006;24:3558-3563.

La vacuna antirrubéola es una vacuna de virus vivos atenuados usada desde 1969, que actualmente se administra como parte de una vacuna triple vírica (junto con los componentes sarampión y parotiditis). La infección por el virus de la rubéola en mujeres gestantes susceptibles puede causar un síndrome de rubéola congénita (SRC) con lesiones definitivas potencialmente graves. Por ello es importante asegurar la vacunación de las mujeres en edad fértil que no tengan documentada la evidencia de inmunidad frente a esta infección.

Todas las recomendaciones de uso de esta vacuna incluyen la gestación como una contraindicación absoluta para su administración, debido a su potencial capacidad de producir daños en el feto en desarrollo. La ficha técnica y el prospecto incluyen leyendas en el sentido de

evitar la vacunación en la gestación y en los tres meses previos de la concepción. Sin embargo, no debe interpretarse esta recomendación como derivada de evidencias establecidas de la teratogenicidad de la vacuna, sino que está basada únicamente en la capacidad potencial de infección fetal grave atribuida genéricamente a las vacunas atenuadas. El Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) norteamericano en 2001, tras estudiar los datos disponibles hasta el momento sobre este particular, decidió rebajar el período de precaución previo a la gestación de tres meses a 28 días.

En diciembre de 2003, en Irán se administraron 33 millones de dosis de vacuna antirrubéola/sarampión a la población de 5 a 25 años. Se ha estimado que en este período de tiempo se produjeron hasta 28.000 gestaciones en las mujeres de 15 a 25 años vacunadas durante la campaña. Datos locales previos indicaban que el 15-20% de las mujeres de esta edad era susceptible, no tenía inmunidad previa.

Los autores estudian a 810 mujeres vacunadas y que comenzaron una gestación inadvertida a lo largo del mes de diciembre de 2003. Todas las mujeres fueron clasificadas en dos grupos iniciales tras una serología inicial: susceptibles

(grupo A; n = 117) e inmunes (grupo B; n = 693). Todas las gestaciones fueron vigiladas estrechamente. Se obtuvieron muestras de cordón umbilical de 35 y 16 neonatos de cada uno de los grupos (además de los de 500 mujeres que no habían sido incluidas antes, es decir, con inmunidad desconocida, grupo C; n = 500). Finalmente todos los casos de neonatos con IgM específica positiva (n = 5) fueron seguidos hasta el año de edad.

Dos neonatos del grupo A, ninguno del grupo B y tres del grupo C (en total cinco casos, 0,9% de 551 estudiados) tenían IgM específica positiva en cordón umbilical. A los 4 meses de edad, los cinco lactantes ya habían negativizado la IgM. Todos los casos fueron vigilados hasta el año de edad, sin que se detectara ninguna anomalía relacionada con el síndrome de rubéola congénita, aunque la respuesta inmunológica fue la esperada para un caso de infección real.

Estos datos muestran que el virus vacunal puede infectar al feto cuando se administra la vacuna a mujeres en las tres primeras semanas de gestación (5,7% de los casos). Esto representa a día de hoy sólo un riesgo teórico del que deben ser informadas las mujeres afectadas, ya que, según recuerdan los

autores, no se ha detectado ningún caso de SRC en más de 1.000 mujeres gestantes vacunadas inadvertidamente, estudiadas hasta el momento.

Con los datos disponibles hasta ahora, aunque debe mantenerse la recomendación de no vacunar a mujeres gestantes y recomendar evitar la gestación en los 28 días siguientes a la vacuna, puede informarse que cuando ello ocurre de forma no intencionada, el riesgo de infección fetal es bajo y que ésta transcurre sin repercusiones clínicas en todos los casos.

Libros

El síndrome de *quemarse por el trabajo (burnout)*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar

Gil-Monte PR

1ª Edición. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005.



El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), del profesor P. Gil-Monte, marca un antes y un después

dentro de la bibliografía en español disponible sobre este tema, para todos los interesados en los riesgos psicosociales del trabajo e incluso para aquellos que quieran introducirse en él por primera vez.

El libro aborda desde una visión comprensiva e integradora una de las consecuencias que el estrés laboral crónico tiene en los trabajadores de servicios: el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).

El primer capítulo de la obra es un “panorama del bosque” del SQT y luego analiza en profundidad la necesidad de estudiar el fenómeno, las razones que han llevado a éste a ser un tema relevante en la actualidad, el origen de la denominación, los cambios socioeconómicos y culturales relacionados con la epidemiología, y las razones de su constante aparición tanto en el ámbito académico como legal. En el segundo capítulo aborda didácticamente la delimitación conceptual del estrés y el SQT desde las distintas perspectivas en que fue estudiado e incluye datos cualitativos procedentes de entrevistas para documentar cómo se manifiestan los síntomas en los individuos. En el tercer capítulo se destacan las características sociales de las organizaciones, lo que permite entender la importancia que las relaciones interpersonales tie-

nen en la aparición del estrés laboral, en especial en los profesionales que trabajan frente a personas, como es el caso de los médicos. El cuarto capítulo describe los diferentes procesos de desarrollo del SQT y concluye con la presentación de un modelo absolutamente integrador que incluye el SQT en el proceso más amplio del estrés laboral. Además se incluye como aspecto novedoso en la descripción del proceso del SQT, la función de los sentimientos de culpa que pueden aparecer en los profesionales cuando consideran que no realizan de manera adecuada su trabajo. El quinto capítulo presenta algunos procedimientos y criterios cualitativos y cuantitativos para el diagnóstico del SQT. Se habla de la evaluación psicométrica y clínica y se presenta el CESQT (cuestionario para la evaluación del SQT) que permite estimar el SQT dentro del proceso descrito en el capítulo anterior. Por último se presenta un capítulo completo dedicado al abordaje de la prevención y al tratamiento con la presentación de algunas estrategias de intervención.

Tablas, figuras y "cuadros con descripción de casos" vienen a enriquecer el valor de la obra y a facilitar el aprendizaje de ésta. Asimismo, unos detallados resúmenes al final de cada uno de los capítulos transforman en sencilla la consulta de cualquier duda y la búsqueda

de cualquier tema. En su lectura global, como en la consulta de los diferentes capítulos, el lector encontrará en este libro una respuesta útil y eficiente, y tal vez superadora, para mejorar la calidad de vida laboral.

Como pediatra recomiendo la lectura de esta obra a mis colegas, ya que este tema debe ser incorporado a nuestra formación, a nuestros ateneos y a nuestras sociedades científicas. No debemos olvidar que el SQT supone un problema psicosocial importante, debido a que el deterioro de la salud física y mental de los profesionales que lo sufren tiene repercusiones negativas sobre las instituciones y, dado que la incidencia del SQT es importante en los grupos profesionales que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre los pacientes, y sobre la sociedad en general. Lo que se pone en juego es la salud de la comunidad y, en lo que concierne a nosotros mismos, el destino de una vocación difícil de sostener en un clima de deterioro de la dignidad profesional y de recorte de nuestras esperanzas. El conocimiento del SQT debe implicarnos en el desarrollo de programas y estrategias para continuar con el ejercicio profesional dentro de un marco ético y solidario.

Como estudiosa y lectora de este libro y de la obra del profesor Gil Monte, experto en Psicología de las Organizaciones, no puedo dejar de resaltar que una vez más ha sabido mantener su indiscutible capacidad docente e investigadora describiendo didáctica y ágilmente los importantísimos cambios y la creciente complejidad experimentados en este tema.

Mariana A. Marucco

Pediatra. Buenos Aires, Argentina

Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios

Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A,
Fumadó Pérez V, García López-Hortelano
M, Hernández Merino A, Lirio Casado J,
Oliván Gonzalvo G.

Madrid: Atlas/CORA; 2005.



Este texto responde a la idea y promoción de la Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento) (entidades privadas de interés social y sin ánimo de lucro) y del debate y consenso de distintos pediatras con experiencia e interés en los problemas de salud de

este grupo de niños. El texto final está avalado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y por la Sociedad de Pediatría Social. Asimismo, es destacable que ha contado con el apoyo económico de importantes entidades públicas (Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de la Familia y Asuntos Sociales, y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Subsecretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad).

El texto se articula en torno a tres apartados. El primero, la consulta médica preadoptiva, en el cual se detallan los factores de riesgo generales y por zonas geográficas de origen, la evaluación de los informes preadoptivos y cómo afrontar el viaje y la estancia en el país de origen del menor que se va a adoptar.

La segunda parte, la postadopción, recoge cuándo y cómo realizar la primera evaluación del niño adoptado tras su llegada al entorno de la familia adoptante, y el seguimiento pormenorizado de aspectos como el crecimiento y el desarrollo general póndero-estatural y psicomotor, inmunizaciones, visión, audición, dentición, edad cronológica, y desarrollo afectivo-emocional y adaptación social. La tercera parte es una reflexión a cerca del pronóstico evolutivo.

Además incluye bibliografía extensa seleccionada y 35 tablas o figuras con información detallada, precisa y práctica.

Es un texto que se declara abierto a posteriores actualizaciones y mejoras, que pretende ser una referencia y guía para los pediatras y otros profesionales que atienden a los niños procedentes de adopción internacional, en particular a

los pediatras de Atención Primaria, que son los profesionales que de forma natural deberían asumir el cuidado y la supervisión global de estos niños.

El texto es de acceso libre y puede descargarse desde la dirección web www.coraenlared.org. En suma, una referencia básica para el pediatra de Atención Primaria.

