Revistas

Mejora de la supervivencia en adolescentes con anorexia nerviosa: comparación de dos cohortes nacionales de niñas suecas hospitalizadas
Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients
Lindblad F, Lindberg L, Hjern A.
Am J Psychiatry. 2006;163:1433-5.

Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años
Peritonsilar and retropharyngeal abscesses: a 13 years study
Martín Campagne E, Castillo Martín F, Martínez López MM, Borque Andrés C, José Gómez MI, García de Miguel MJ, Baquero Artigao F.
An Pediatr (Barc). 2006;65(1):32-6

Fluoxetina tras el restablecimiento del peso en la anorexia nerviosa
Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial.
Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al.
JAMA. 2006;295:2605-12.

Conducta clínica ante los niños y adolescentes con faringitis aguda
Clinical proceedins in children and adolescent´s acute pharyngitis
Park SY, Gerber MA, Tanz RR, Hickner JM, Galliher JM, Chuang I, y cols.
Pediatrics (ed. esp.) 2006;61(6):382-8.

Lactancia materna exclusiva y hospitalización por enfermedades infecciosas en el primer año de vida
Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life
Paricio Talayero JM, Lizán García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, y cols.
Pediatrics. 2006;118:e92-9.

Efectos del matrimonio civil, las uniones civiles y las uniones de hecho sobre la salud y la calidad de vida de los niños (Artículo especial)
The effects of marriage, civil union, and domestic partnership laws on the health and well-being of children
Pawelski G, Perrin E, Foy J, Allen C, Crawford J, Del Monte M, et al.
Pediatrics. 2006;118:349-64.

Haciendo caso omiso de la evidencia de los beneficios de la circuncisión
Ignoring evidence of circumcision benefits
Schoen E.
Pediatrics. 2006;118(1):385-7.

Estimulantes y muerte súbita: ¿qué tiene que hacer el médico?
Stimulants and sudden death: what shoud do the physician?
Wilens TE, Prince JB, Spencer TJ, Biederman J.
Pediatrics (ed. esp.). 2006;62(3):599-603.

Libros

Informe: Violencia entre compañeros en la escuela. España 2005.
Serrano Sarmiento A, Iborra Marmolejo I.
Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2006.

Cuídame mucho. Las enfermedades infantiles explicadas a los padres
Cabezudo G, Frontera P
1 edición. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.

Mejora de la supervivencia en adolescentes con anorexia nerviosa: comparación de dos cohortes nacionales de niñas suecas hospitalizadas

Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients

Lindblad F, Lindberg L, Hjern A.

Am J Psychiatry. 2006;163:1433-5.

Estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de valorar las tendencias en la mortalidad relacionada con la anorexia nerviosa en Suecia durante las últimas décadas.

Obtienen los datos de dos grandes bases nacionales: el registro sueco de altas y el registro sueco de causas de muerte.

La población de estudio la constituyen dos cohortes: la primera, de 564 niñas nacidas entre 1958 y 1967 y que ingresaron por diagnóstico de trastorno del apetito (código 306.50 del ICD-8) entre 1977 y 1981. La segunda cohorte consta de 554 niñas nacidas entre 1968 y 1977, ingresadas entre 1987 y 1991 por anorexia nerviosa (código 307.B del ICD-9).

La variable dependiente es lógicamente la mortalidad en ambas cohortes.

En el grupo más antiguo se registraron 25 fallecimientos (4,4%) hasta 1992, de los cuales 19 estaban relacionados con la propia enfermedad y 6 con otras causas. En el grupo más reciente, la mortalidad registrada hasta 2002 bajó hasta el 1,3% (siete casos de los cuales tres se debían a causas no relacionadas con la enfermedad).

Las curvas actuariales muestran la evolución favorable de la supervivencia con dos componentes definidos: uno precoz, con menor mortalidad en los primeros meses del seguimiento, atribuido a la mejora en las terapias de rehabilitación nutricional y a una mayor precocidad del diagnóstico, y otro tardío, tal vez debido a la mejor prevención de las tendencias suicidas.

Concluyen observando que la mortalidad psiquiátrica general se mantuvo estable en el período de estudio, por lo que la mejora de la específica por anorexia es algo independiente.

Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: estudio de 13 años

Peritonsilar and retropharyngeal abscesses: a 13 years study

Martín Campagne E, Castillo Martín F, Martínez López MM, Borque Andrés C, José Gómez MI, García de Miguel MJ, Baquero Artigao F.

An Pediatr (Barc). 2006;65(1):32-6

Estudio retrospectivo de los niños ingresados por absceso periamigdalino o retro-

faríngeo en el Hospital Infantil de la Paz desde enero de 1991 a enero de 2004. Son un total de 54 casos: 10 con absceso retrofaríngeo y 44 con absceso periamigdalino. Los síntomas principales de sospecha fueron fiebre, odinofagia, disfagia, adenopatías cervicales e hipertrofia amigdalar asimétrica (amígdala aumentada hacia abajo y medialmente, desplazando la úvula contralateralmente). El diagnóstico se hace fundamentalmente por la clínica y la exploración. Otras pruebas complementarias, ecografía, tomografía computerizada y radiografía lateral de faringe, se realizan en un bajo porcentaje de pacientes, cuando no colaboran en la exploración física, o ante la duda diagnóstica o sospecha de extensión a otros espacios por proximidad (parafaríngeo, prevertebral y mediastino). Los gérmenes cultivados fueron: flora polimicrobiana aerobia y anaerobia; el estreptococo pyogenes fue el más frecuente. Todos los niños ingresaron para tratamiento antibiótico intravenoso y vigilancia del absceso ante la necesidad de drenarlo. Generalmente responden bien al tratamiento médico en esta serie el 87%. En la década de los ochenta se indicaba la exéresis amigdalar en los casos de absceso periamigdalino; sin embargo, en los últimos años se ha observado que la antibioterapia, junto con la incisión-drenaje del absceso, tiene la misma eficacia.

La historia previa de amigdalitis de repetición pudiera ser un factor de predisposición al desarrollo del absceso, pero se han descrito casos sin infecciones previas, incluso en amigdalectomizados. Es también el principal riesgo de recurrencia del absceso (10-15%).

La amigdalectomía sólo estaría indicada en casos con complicaciones, con faringoamigdalitis de repetición, episodios anteriores de flemón o absceso periamigdalino.

Fluoxetina tras el restablecimiento del peso en la anorexia nerviosa

Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial.

Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al.

JAMA. 2006;295:2605-12.

Se trata, según los autores, del mayor ensayo clínico realizado hasta la fecha sobre tratamiento medicamentoso de la anorexia nerviosa. Curiosamente concluye sin encontrar evidencias para la recomendación del fármaco estudiado.

Entre los años 2000 y 2004 se reunió a pacientes de entre 16 y 45 años de edad en tratamiento mediante programas intensivos de rehabilitación nutricional hospitalarios o ambulatorios, correspondientes a dos instituciones de

Toronto y Nueva York, que habían conseguido recuperar un índice de masa corporal (IMC) de más de 19 kg/m^2 durante al menos dos semanas.

Las 93 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento con fluoxetina o al de placebo. Ambos grupos de enfermas recibieron también terapia cognitivo-conductual individual durante el período de un año de seguimiento. Los responsables del seguimiento y la coordinación del estudio, al igual que las pacientes, permanecieron ciegos respecto a la asignación a uno u otro grupo.

La principal medida de resultado fue el tiempo para recaída (definida como retorno a IMC < 16,5 kg/m2 dos semanas seguidas). Además, se realizaron baterías psicométricas múltiples (inventarios validados de depresión, trastornos depresivos, compulsivos, de calidad de vida, etc.) antes, durante y al finalizar el estudio. El análisis estadístico se realizó según "intención de tratar" y se detalla minuciosamente el flujo de participantes y abandonos.

No hallan diferencia significativa ni en el tiempo para recaída, ni en los resultados de las diferentes escalas psicométricas en el grupo en tratamiento con placebo respecto al de fluoxetina. Se mantiene este resultado cuando se pondera por subtipo de anorexia (restrictivo o purgativo) o por historia previa de uso de antidepresivos.

Concluyen recomendando que, por el momento, los esfuerzos terapéuticos tras la fase de rehabilitación nutricional deben encaminarse a las terapias psicológicas conductuales que sí han demostrado cierta eficacia.

Conducta clínica ante los niños y adolescentes con faringitis aguda

Clinical proceedins in children and adolescent´s acute pharyngitis

Park SY, Gerber MA, Tanz RR, Hickner JM, Galliher JM, Chuang I, y cols.

Pediatrics (ed. esp.) 2006;61(6):382-8.

Muy recomendable la lectura de este nuevo artículo sobre el viejo tema del manejo adecuado de las faringoamigdalitis agudas, que idealmente deben ser bien diagnosticadas para proporcionar un tratamiento adecuado y a su debido tiempo, así como evitar los frecuentes tratamientos antibióticos innecesarios con sus secuelas de iatrogenia, coste económico e influencia sobre las resistencias bacterianas. En él se recogen y analizan los datos de una encuesta llevada a cabo en 2004. Los cuestionarios se enviaron a 1.000 pediatras y a 1.000 médicos de familia pertenecientes a sus respectivas asociaciones americanas y

elegidos de forma aleatoria. A los que no respondieron a tiempo se les volvió a enviar el cuestionario hasta dos veces. Se recogieron 1.193 cuestionarios y se seleccionaron 948 como válidos según los criterios del estudio, aproximadamente el 50% pertenecientes a cada especialidad.

Se valoraron los motivos para usar tratamiento antibiótico, la disponibilidad de pruebas diagnósticas (cultivo y test de detección rápida de estreptococo del grupo A) y el uso de éstas, y la conducta adoptada en la clínica (muchos médicos creían que la mayoría de los progenitores esperaban que el niño recibiese un tratamiento antibiótico y que este hecho con frecuencia influía en su decisión). Se preguntó también sobre los antimicrobianos utilizados. Al final de la encuesta se proponían dos situaciones clínicas: una con signos clásicos de faringitis estreptocócica y otra con datos más compatibles con faringitis vírica. La mayoría de los médicos del estudio usa una estrategia de diagnóstico y tratamiento adecuada según las guías de práctica clínica vigentes cuando se sospecha faringitis por estreptococo A, pero al enfrentarlos al caso clínico, utilizaría alguna conducta inadecuada el 32% en el caso de posible faringitis estreptocócica y el 81% en el de probable faringitis vírica. Casi todos los médicos tenían acceso a pruebas diagnósticas, aunque muchos habían dejado de recoger cultivos en el propio consultorio por la complejidad de las condiciones necesarias para cumplir las normas de calidad de las pruebas de laboratorio exigidas por los CDCP, así como por su coste y el consumo de tiempo necesario, y la mayoría usaba el test de diagnóstico rápido, del que se comentan ventajas y límites. En general, los pediatras siguieron pautas apropiadas en mayor proporción que los médicos de familia, aunque en ambos se observan bastantes lagunas en los conocimientos sobre la faringitis estreptocócica aguda. El estudio tiene en consideración los sesgos inherentes a una encuesta de estas características y sus limitaciones.

Lactancia materna exclusiva y hospitalización por enfermedades infecciosas en el primer año de vida

Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life

Paricio Talayero JM, Lizán García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, y cols. *Pediatrics. 2006;118:e92-9.*

Investigación realizada en nuestro país con el objetivo de evaluar el efec-

to de la lactancia materna en la hospitalización por causas infecciosas en el primer año de vida, excluido el período neonatal. Realizan el seguimiento de 1.385 bebés desde el nacimiento hasta el año de edad, reclutan los casos en la revisión del niño sano de 6 meses y registran numerosos datos con el fin de analizar otras asociaciones y sesgos. Las tasas de lactancia materna completa al alta neonatal y a los 3, 4 y 6 meses fueron respectivamente del 85%, el 52%, el 41% y el 15%. Hubo 78 ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas en el primer año de vida de este grupo de niños, 38 infecciones del aparato respiratorio (49%), 16 (20,5%) gastrointestinales y 24 por otras causas. El análisis estadístico de los datos revela que si el 100% de los niños fuese exclusivamente amamantado a los 4 meses, se evitaría el 56% de las hospitalizaciones por enfermedades infecciosas durante el primer año y el 30% se podría evitar por cada mes adicional de amamantamiento exclusivo. El estudio llega a la conclusión de que, en los países industrializados, el amamantamiento exclusivo de los lactantes disminuye notablemente el riesgo de ingreso hospitalario por infecciones durante el primer año de vida.

Efectos del matrimonio civil, las uniones civiles y las uniones de hecho sobre la salud y la calidad de vida de los niños (Artículo especial)

The effects of marriage, civil union, and domestic partnership laws on the health and well-being of children

Pawelski G, Perrin E, Foy J, Allen C, Crawford J, Del Monte M, et al.

Pediatrics. 2006;118:349-64.

En el actual debate sobre modelos de familia y su influencia sobre el bienestar global de los niños, el presente artículo, encargado por la American Academy of Pediatrics (AAP) a numerosas organizaciones y comités relacionados con el bienestar de la infancia, analiza detalladamente la influencia de las leyes de pareja en los EE.UU. La junta directiva de la AAP apoya la amplia difusión de este análisis para ayudar a los pediatras a enfrentarse al complejo asunto de las parejas del mismo sexo.

Es difícil calcular cuántos niños son criados en hogares donde ambos miembros de la pareja adulta son del mismo sexo debido a los prejuicios sociales y al tabú que puede pesar sobre estas familias. Se calcula que en los EE.UU. pueden ser entre uno y diez millones de niños. Muchos niños nacieron en el seno de una relación heterosexual que poste-

riormente se deshizo, pero muchos son hijos biológicos nacidos ya en el seno de una pareja homosexual; este hecho es mucho más frecuente en parejas femeninas. La mayoría de estos niños vive en estados donde no se permite la unión legal entre parejas homosexuales, ni la adopción por una segunda persona, por lo que se les reducen sus derechos económicos, legales y familiares al no reconocérseles ningún vínculo legal con el miembro no progenitor de la pareja.

El matrimonio civil proporciona un estatus legal que favorece la salud de las familias al otorgarles una serie de derechos, beneficios y protecciones no alcanzables por otros medios. El matrimonio civil es un estado legal por medio del cual la sociedad proporciona reconocimiento y apoyo a las parejas y a sus familias, proporcionando un contexto para el bienestar psicosocial, legal y financiero, un compromiso público de ayuda mutua y una forma pública de reconocimiento y respeto a los vínculos personales de sus miembros.

En el artículo se analizan los conceptos de "matrimonio civil", "unión civil" y "pareja de hecho o asociación doméstica" comparando sus aspectos constitucionales, legales y el reconocimiento como familia, derechos y beneficios que son diferentes según las leyes de cada estado. En pocos se autoriza la unión legal de parejas del mismo sexo, aunque en algunos se está considerando el cambio legislativo.

Perspectiva actual de la adopción por parejas del mismo sexo

Aunque se usa el término adopción para ambos casos, existen dos situaciones completamente diferentes cuando se trata de adoptar a un menor por una pareja homosexual: la adopción coparental, que es la adopción por los dos miembros de la pareja al mismo tiempo, y la adopción por un segundo progenitor, que es la solicitada por ambos miembros de la pareja para que el hijo biológico de uno ellos sea adoptado por el otro. En muchos estados, la decisión final la tienen los jueces y sus opiniones son muy variables. Bastantes aceptan la adopción por el segundo progenitor pero no la coparental.

Los legisladores han llegado a reconocer a los pediatras como expertos fidedignos e independientes en materias que afectan al bienestar infantil y a la vida familiar, de modo que se han tenido en cuenta sus opiniones sobre los beneficios en este aspecto del matrimonio civil de parejas homosexuales. Los niños hijos de homosexuales no deberían tener que renunciar a ningún dere-

cho por ese motivo, argumento a favor de las uniones civiles legalizadas, además de proteger a estos niños de la marginación y el hostigamiento por otros niños y adultos al estar regularizada su situación familiar y disponer de apoyos sociales.

Por otra parte, los niños y los jóvenes homosexuales pueden sufrir aislamiento, rechazo, acoso, ridiculización, incomprensión familiar, marginación social y es muy frecuente en ellos la depresión y el suicidio. También estos niños y adolescentes merecen que su salud y seguridad sean protegidas por leyes que normalicen su situación.

Características psicosociales de padres homosexuales y de sus hijos

La mayoría de los niños ha nacido en el contexto de una relación heterosexual y puede mantener relación con ambos progenitores o sólo con el homosexual. Parejas homosexuales de larga duración tienen hijos mediante inseminación, adopción o madres de alquiler y con éstas o con los donantes puede haber algún grado de relación o ninguno. La discriminación social viene de la convicción de que los padres homosexuales son diferentes de los heterosexuales en aspectos que perjudican al bienestar de los niños. Sin embargo, la investigación llevada a cabo en las últimas tres décadas comparando uno u otro tipo de madre no encuentra diferencias en cuanto a la autoestima, al ajuste psicológico y a las actitudes hacia la crianza de los niños. En cuanto a los varones, la evidencia demuestra que proporcionan cuidados y ejemplo a sus hijos adoptando un rol paternal no diferente del de los padres heterosexuales y suelen ser muy disciplinados en los cuidados, y participativos en las actividades de los niños. En resumen, hay muchas más similitudes que diferencias en el estilo de crianza entre padres homo- y heterosexuales.

Desarrollo social y emocional de los niños

Muchos de ellos proceden de parejas rotas y padecen este problema al igual que los hijos de familias convencionales.

El niño puede estar bajo la custodia de uno u otro progenitor, cada uno de los cuales a su vez puede tener o no pareja y ser ésta del mismo o de distinto sexo. Existe ya mucha investigación que viene a demostrar que los hijos de madres lesbianas se desarrollan de manera muy similar a los de mujeres heterosexuales divorciadas en cuanto a personalidad, relaciones entre iguales, autoestima, problemas de comportamiento, rendi-

miento académico y calidad de las relaciones familiares. La autoestima en los adolescentes es mejor si las madres tienen nueva pareja, independientemente de su sexo, que si permanecen solas y también si conocen que su progenitor es homosexual desde pequeños.

Se ha temido que la estigmatización social de estos niños puede dificultarles hacer y mantener relaciones de amistad con otros niños. Aunque los adultos hijos de lesbianas divorciadas reconocen que en su infancia recibieron más bromas que los hijos de mujeres divorciadas heterosexuales, en general los niños cuyos padres son gais o lesbianas tienen relaciones normales y adecuadas a su nivel de desarrollo con otros niños, sin ninguna diferencia en el caso de hijos nacidos en el seno de parejas de lesbianas y de parejas convencionales. En algunos casos incluso se destacan ventajas, como el hecho de ser más tolerantes con la diversidad, más cuidadosos con los niños pequeños, menos agresivos y más afectivos. En general, al igual que en otros contextos, una mayor estabilidad familiar y una buena calidad de los cuidados predicen menos problemas de conducta en los hijos. Muchos estudios de comportamiento de hijos de parejas de homosexuales se han realizado con una cierta predisposición favorable hacia éstas, lo que ha supuesto la introducción de sesgos, pero recientes estudios libres de éstos también parecen demostrar que no hay ningún riesgo para el bienestar infantil en el hecho de ser criados por lesbianas comparados con población heterosexual en diversas circunstancias. Sí que se observa una clara diferencia desfavorable en el caso de crianza en familias monoparentales, independientemente de la orientación sexual. La investigación sobre la diversidad de las relaciones entre padres e hijos en parejas de gais y lesbianas está aún en ciernes. La legalización de estas uniones permitirá estudiar cómo el matrimonio entre personas del mismo género afecta a la vida familiar y al desarrollo y socialización de los niños, tanto a los propios de uno de los miembros de la pareja como a los adoptados por ambos.

Identidad de género en los niños y orientación sexual

En el preadolescente, chico o chica, criado por madres lesbianas, la identidad de género es la del género biológico en la misma proporción que en la población general; los adultos jóvenes de cada población se reconocen como homosexuales en la misma proporción, aunque, ligeramente con mayor fre-

cuencia, los hijos de lesbianas consideran la posibilidad de tener una pareja del mismo sexo. Hay pocos estudios sobre la identidad de género de adultos hijos de varones homosexuales; en el más extenso, el 9% de éstos se declaraba homosexual o bisexual.

Todos los datos apoyan que el hecho de crecer en un hogar en el que uno o los dos progenitores sean homosexuales no supone ningún riesgo específico para la salud y el bienestar de los niños. Los adultos sensibles y responsables de la educación de sus hijos pueden ser excelentes padres tanto si son hombres o mujeres, hetero- u homosexuales. En todos los casos, los beneficios del matrimonio civil fortalecen a la familia de manera global.

En apoyo de esta postura se manifiestan expresamente numerosas asociaciones profesionales relacionadas con el bienestar infantil.

Haciendo caso omiso de la evidencia de los beneficios de la circuncisión

Ignoring evidence of circumcision benefits

Schoen E.

Pediatrics. 2006;118(1):385-7.

El autor, que ha pertenecido al grupo de trabajo sobre la recomendación de la circuncisión en los recién nacidos y es un firme defensor de ésta, a la que equipara con las vacunas en cuanto a medida preventiva, vuelve a recordar en este comentario que considera que ha llegado la hora para la AAP de reconocer la evidencia y alcanzar lo que ya es de práctica común entre la población norteamericana. La mayoría de los norteamericanos sigue circuncidando a los niños recién nacidos a pesar de las recomendaciones de la AAP. La posición original de la AAP data de 1971, cuando afirmaba que no había ninguna indicación médica válida para la circuncisión neonatal. Desde entonces, numerosos estudios han demostrado que la circuncisión protege del cáncer de pene, de la balanopostitis, de la fimosis y de la parafimosis. En 1975 la recomendación varió ligeramente a: "...No hay ninguna indicación médica absoluta para la circuncisión rutinaria del recién nacido". Esta política "anticircuncisión" se mantuvo hasta 1987, cuando se publicó un informe sobre los efectos protectores de la circuncisión neonatal para prevenir la infección grave del tracto urinario en el primer año de vida. En 1989 se hicieron públicas las recomendaciones donde se reconocían los posibles beneficios, así como las posibles complicaciones y de ambos debía informarse a los padres de los niños. En la década 1989-99 se han publicado varios estudios que confir-

man los efectos beneficiosos para prevenir infecciones de orina y la transmisión del VIH. En el momento actual, con el reconocimiento de los beneficios y la disminución de los riesgos, el autor considera necesaria una puesta al día. En 1999 un grupo de trabajo creado para revisar la cuestión increíblemente dio un paso atrás y resultó un mensaje anticircuncisión a pesar de las evidencias: "... A pesar de los potenciales beneficios... no existe evidencia suficiente para recomendar la circuncisión neonatal rutinaria". Desde entonces se han documentado suficientemente los beneficios preventivos de las ITU, el contagio por VIH, el cáncer de pene y las dermatosis del pene, además de haber disminuido mucho los riesgos y las molestias. Los hombres circuncidados son portadores del virus del papiloma humano tres veces menos que los que no lo son. El cáncer de cérvix femenino es una de las primeras causas de mortalidad entre las mujeres y la circuncisión de los varones podría reducir notablemente su número. Lo mismo ocurre con las infecciones por clamydia, que son tres veces más frecuentes en mujeres parejas de hombres incircuncisos. En los últimos años se ha estudiado la sensibilidad y el placer sexual comparado antes y después de la circuncisión en adultos sin hallar diferencias significativas.

Nuevamente, a pesar de todas las evidencias descritas, en 2005 la AAP se reafirma en su recomendación de 1999 ignorando los estudios publicados en los últimos siete años.

Siendo una intervención con marcado carácter cultural, frecuentemente es defendida y atacada de forma apasionada. En nuestro país, donde los niños no son circuncidados generalmente, no existe este debate ni tampoco recomendaciones específicas de la AEP.

Estimulantes y muerte súbita: ¿Qué tiene que hacer el médico?

Stimulants and sudden death: what shoud do the physician?

Wilens TE, Prince JB, Spencer TJ, Biederman J.

Pediatrics (ed. esp.). 2006;62(3): 599-603.

Partiendo de la preocupación expresada durante el año en curso por la FDA sobre el riesgo cardiovascular y la muerte súbita en niños y adolescentes tratados con psicoestimulantes por TDAH, que ha llevado a la introducción de una alerta, retirada posteriormente, pero que ha dejado tanto a profesionales como a padres en una situación de incertidumbre y ansiedad cuando se plantean el inicio o la continuación de tratamiento con estos fármacos, este artículo compara el riesgo

de muerte súbita en poblaciones tratadas con estimulantes y la población general y analiza los efectos cardiovasculares de los estimulantes para determinar el riesgo específico para esta población.

En cinco años, de 1999 a 2003, la OMS ha informado de 19 casos de muerte súbita en niños y adolescentes bajo tratamiento con estimulantes. La autopsia revelaba un defecto cardíaco estructural en 12 de ellos, aunque se reconoce que los casos sin hallazgos pueden deberse a la mala calidad del procedimiento. No obstante, el riesgo y la distribución de las anomalías encontradas son prácticamente iguales que los de los casos de muerte súbita descritos en la población general. Por otra parte, datos limitados a individuos sanos sin anomalías cardíacas preexistentes conocidas demuestran sistemáticamente aumentos ligeros de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, y de la frecuencia cardíaca, así como pequeños cambios en el electrocardiograma. Los fármacos estimulantes tienen propiedades simpaticomiméticas ligeras; la "verosimilitud biológica" valora la posibilidad de que exista alguna característica fisicoquímica inherente a los fármacos que pueda predisponer a una reacción fisiológica adversa. Los estudios realizados no muestran que los estimulantes produzcan alteraciones de la conducción cardíaca. Los estimulantes producen menos efectos y más benignos que muchos otros fármacos, incluidos los de dispensación libre. El artículo concluye que la muerte súbita en niños, adolescentes y adultos tratados con estimulantes es sumamente rara (aunque queda sin dilucidar si es igual o mayor que en la población general). Al no haber diferencias en los hallazgos anatomopatológicos entre una y otra población no parece haber una relación de causalidad con el tratamiento. No se ha aclarado si pueden existir pacientes vulnerables, por ejemplo, con una cardiopatía preexistente o la posibilidad de interacción con otros fármacos o con el ejercicio.

¿Qué debe hacer el médico que trata al niño o adolescente? Hay que sopesar el riesgo teórico de usar estimulantes frente al riesgo real de no tratar el TDAH, que por sí mismo entraña un riesgo elevado. Se ha demostrado suficientemente que la morbilidad y la mortalidad asociadas directa o indirectamente al TDAH y sus secuelas disminuyen de manera sustancial bajo tratamiento con estimulantes.

La AHA (American Heart Association) de manera conservadora propone que antes de iniciar un tratamiento con estimulantes y durante éste se valoren otros

factores independientes de riesgo de muerte súbita. En niños y adolescentes sanos y sin factores de riesgo no se considera necesario realizar un ecocardiograma ni un electrocardiograma. Los que presentan factores de riesgo deben remitirse para una valoración más completa.

Los datos disponibles no son suficientes para justificar cambios importantes en el tratamiento actual del TDAH y sería lamentable que un temor injustificado pueda disuadir del uso apropiado y monitorizado de los estimulantes, uno de los tratamientos más útiles en pediatría y psiquiatría infantil.

El artículo se acompaña de abundante bibliografía. Todos los autores declaran conflictos de interés.

Libros

Informe: Violencia entre compañeros en la escuela. España 2005.

Serrano Sarmiento A, Iborra Marmolejo I.

Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2006.

Este trabajo, realizado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (www.gva.es/violencia/, dependiente de la Generalitat Valenciana) puede obtenerse gratuitamente en www.gva.es/violencia/crs/crs/informe_escuela.pdf. Consiste en una encuesta realizada entre el 20 de mayo y el 2 de junio de 2005 a adolescentes de entre 12 y 16 años. Se seleccionó una muestra de 800 adolescentes, representativa de las distintas comunidades autónomas. La metodología consistió en una entrevista telefónica asistida por ordenador.

Diferencian entre violencia escolar esporádica u ocasional y acoso escolar, y recaban información en primera persona de testigos, víctimas y agresores.

Encuentran una clara diferencia entre las repercusiones sobre la víctima de la violencia escolar y del acoso escolar propiamente dicho; en este segundo caso hallan percepción de aislamiento social, tristeza, repercusión en el rendimiento académico… que no aparecen en las víctimas de violencia escolar esporádica.

Los agresores se autojustifican diciendo que lo hacen "porque les provocan", percibiéndose a sí mismos de este modo como víctimas de la situación.

En esta encuesta tanto testigos como víctimas, en su mayoría, refieren haber contado su experiencia a profesores, amigos o padres; son una minoría los que guardan silencio.

A través de la autopercepción se traza la imagen de la víctima tipo y del agresor tipo.

Se comparan los resultados con el estudio realizado en 2000 por el defensor del menor y se comentan estudios realizados al respecto en otros países europeos así como la legislación existente en España.

En un anexo aparece pormenorizada la entrevista realizada a los encuestados.

Es un estudio muy interesante por lo extenso de la muestra y su ámbito nacional y resulta inquietante la percepción del aumento de la violencia escolar entre 2000 y 2005.

Cuídame mucho. Las enfermedades infantiles explicadas a los padres

Cabezudo G, Frontera P

1 edición. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.

Se ha editado recientemente este libro dirigido a los padres, que, con un lenguaje sencillo aborda una gran parte de la patología pediátrica frecuente.

Está dividido en tres grandes apartados: síntomas, enfermedades infantiles y guía de salud del niño.

Entre sus virtudes están las siguientes: es un texto fácil de leer, da respuestas claras a las posibles dudas de los padres ante los problemas pediátricos habituales, indica la actitud inicial que deben tomar los padres y, en muchos casos, indica qué no se debe hacer ante algunas situaciones. No pretende sustituir al pediatra sino que sabe hasta dónde debe indicar una actitud que deben tomar los padres y a partir de dónde es el pediatra el que tiene que tomar una decisión de tratamiento.

Sus contenidos están en la línea de las tendencias pediátricas más actuales.

Su edición es quizá excesivamente austera, carente totalmente de ilustraciones; éstas, aunque no son importantes, en un libro de divulgación serían sin duda apreciadas por los lectores profanos a la medicina y, en ocasiones, poco acostumbrados a la lectura.

En su conjunto es un manual recomendable para padres ya que aporta información veraz y actualizada sobre la salud y la enfermedad de los niños.