Revistas

Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en niños y adolescentes con obesidad
Prevalence of the metabolic syndrome and its components in obese children and adolescents.
Tapia Ceballos L, López Siguero JP, Jurado Ortiz A.
An Pediatr (Barc). 2007;67:352-61

Consenso sobre tratamiento del asma en Pediatría
Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil.
An Pediatr (Barc). 2007;67(3):253-73

Intervenciones para mejorar las secuelas depresivas en los adolescentes supervivientes de la guerra, en el norte de Uganda: un ensayo clínico
Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial.
Bolton P, Bass J, Betancourt T, Speelman L, Onyango G, Clougherty KF, et al.
JAMA. 2007;298:519-27

Prevalencia y predictores de infección VIH en niñas y mujeres nepalíes forzadas a la prostitución
HIV Prevalence and Predictors of Infection in Sex-Trafficked Nepalese Girls and Women.
Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Maheshwari A, Willis BM, Raj A.
JAMA. 2007;298:536-42

Seguimiento de las recomendaciones en el tratamiento de la otitis media aguda
Management of Acute Otitis Media by Primary Care Physicians: Trends since the release of the 2004 American Academy of Pediatrics/American Academy of Family Physicians Clinical Practice Guideline.
Vernacchio L, Vezina RM, Mitchell AA.
Pediatrics 2007;120:258-66

Otras fuentes

Uso sin prescripción de fármacos contra los síntomas del catarro en menores de 6 años
Food and Drugs Administration, EE. UU.

Revistas

Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en niños y adolescentes con obesidad

Prevalence of the metabolic syndrome and its components in obese children and adolescents.

Tapia Ceballos L, López Siguero JP, Jurado Ortiz A.

An Pediatr (Barc). 2007;67:352-61

Se estudia una población de 97 niños y adolescentes (6 a 14 años) obesos en un departamento de endocrinología de un Hospital de Marbella. La existencia de síndrome metabólico (SM) se estableció por la presencia de al menos tres de los siguientes componentes: alteración del metabolismo de la glucosa, hipertrigliceridemia, HDL-c bajo, hipertensión arterial, obesidad visceral. Adicionalmente, hacen también los cálculos de prevalencia considerando otro parámetro en la definición de SM: hiperinsulinismo, según el índice HOMA-R (glucemia en mmol/l x insulinemia en IU/ml/22,5) con un valor de corte de 3,8.

Se definen los criterios de obesidad y de todos los parámetros a considerar y se describe la prueba de tolerancia a la glucosa realizada.

Encuentran una prevalencia de SM en obesos del 18,6% (en prepúberes el 12,7% y en púberes 26,2%, sin diferencias significativas entre sexos). Si incluyen el criterio de insulinorresistencia la prevalencia de SM aumenta hasta el 34%.

Del análisis de la prevalencia de los componentes del SM destaca que casi la totalidad de los sujetos presentaban un perímetro de cintura superior al P90, lo que les lleva a sugerir no utilizar este parámetro como componente del SM (dada la necesidad de contar con tablas percentiladas) sino el IMC.

Los sujetos con SM son de mayor edad, pubertad más avanzada, más obesos, mayor nivel de insulinorresistencia y cifras más elevadas de PCR (con la hipótesis de que, al igual que en el adulto, este dato incremente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes en el futuro). Entre los sujetos con SM la insulinorresistencia aparece en el 77,8% de los casos, y si el punto de corte del índice HOMA-R se hubiera establecido en 3 (como hacen otros autores), la prevalencia se hubiera elevado al 94,4%. Este parámetro presenta una fuerte asociación con el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2.

Estudio descriptivo muy interesante, que aporta datos de nuestro país donde la obesidad infantil y del adolescente va camino de convertirse en un problema de salud pública por sus consecuencias

en el aumento de enfermedades crónicas del adulto.

Consenso sobre tratamiento del asma en Pediatría

Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil.

An Pediatr (Barc). 2007;67(3):253-73.

Consenso realizado por las principales asociaciones científicas pediátricas que se ocupan del niño asmático en España: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP) y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP).

Consideran el asma, en especial en la edad pediátrica, como un síndrome en el sentido clásico del término: un trastorno caracterizado por síntomas y signos similares, pero de etiología no bien especificada.

En este documento se pretende distinguir entre "sibilancias recurrentes" y "asma". Así, se hace una descripción de los tres fenotipos de "sibilancias recurrentes" caracterizadas en los estudios de cohortes de diferentes países: sibilancias precoces transitorias, sibilancias persistentes no atópicas y sibilancias atópicas; y cómo a través del Índice

Predictivo de Asma (IPA), desde un punto de vista práctico, se puede intentar clasificar a un determinado niño que comienza en los tres primeros años con episodios de sibilancias en un determinado fenotipo, con el fin de establecer un pronóstico.

También hablan de cómo realizar la valoración de las sibilancias en los niños mayores y menores de tres años, descartar otros procesos y hacer una valoración clínica, funcional (cuando sea posible) y alergológica (en los mayores de tres años).

Proporcionan un algoritmo del tratamiento de la crisis según su gravedad y un tratamiento de mantenimiento, escalonado, buscando el control del asma, y dividido por edades: hasta tres años y mayores de esta edad. Junto con la Guía Suiza son los únicos que plantean un tratamiento para el lactante de acuerdo con su clasificación fenotípica.

Aconsejan utilizar el cuestionario de Control del Asma en Niños (CAN) para valorar el grado de control del asma.

La educación sanitaria del niño y adolescente con asma y de su familia es un componente esencial en el manejo del asma (Evidencia A). Su objetivo es conseguir el control de su enfermedad, que le

capacite para realizar una vida completamente normal para su edad, incluyendo la actividad física y deportiva diaria, la actividad escolar y su relación con el medio.

Dan un listado de los recursos mínimos necesarios para la atención y control del niño asmático en una consulta de Pediatría de Atención Primaria o Especializada.

Consideran que el modelo óptimo de atención al niño y adolescente con asma debe incluir una buena coordinación y comunicación entre Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE). Establecen unos criterios de derivación de AP a AE.

Se deben organizar planes de atención al niño asmático, contando siempre con la colaboración de AP y AE. De esta manera, se obtendrán mejores resultados. La AP y AE deben trabajar con una estrategia común.

Cada Comunidad Autónoma tendría que contar con un plan de formación para la Atención al niño y adolescente con asma y es también necesario establecer un plan nacional que supere las fronteras autonómicas y facilite la uniformidad en la organización de la atención al niño y adolescente con asma.

Este artículo es de lectura imprescindible para todos los profesionales que se dedican a tratar niños y adolescentes con asma en España.

Intervenciones para mejorar las secuelas depresivas en los adolescentes supervivientes de la guerra, en el norte de Uganda: un ensayo clínico

Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial.

Bolton P, Bass J, Betancourt T, Speelman L, Onyango G, Clougherty KF, et al.

JAMA. 2007;298:519-27

Los escasos estudios, con metodología suficientemente rigurosa, realizados sobre la población adolescente desplazada por la guerra en África, demuestran en su fase descriptiva una mayor prevalencia de trastornos graves de tipo depresivo, de ansiedad o estrés postraumático.

Si los estudios descriptivos son escasos, las posibilidades de desarrollar terapias y evaluarlas mediante ensayos clínicos rigurosos en el terreno de los campos de refugiados, parecen remotas. De ahí el interés del presente trabajo, que se realiza con el objetivo de valorar la eficacia de dos tipos de psicoterapia, factibles en el terreno de que se trata, para aliviar las secuelas psicológicas de la guerra en los adolescentes.

La población de estudio la forman un total de 314 niños de 14 a 17 años residentes en dos campos de refugiados,

que cumplen con los criterios de inclusión prefijados. Todos con síntomas de alteración psicosocial importante. Se evalúan previa y posteriormente a la intervención mediante una escala validada localmente y adecuada a los síndromes que se definen específicamente para su entorno cultural.

Se reparten mediante asignación aleatoria en tres grupos homogéneos que son sometidos a diferente intervención: uno a psicoterapia interpersonal grupal, otro a juego creativo y el tercero queda en espera de tratamiento, como grupo control. Los tratamientos son administrados por los miembros de dos ONG con implantación local.

Los encargados de realizar las entrevistas de evaluación desconocen el tipo de terapia que se aplica. El análisis estadístico se hace según "intención de tratar".

La psicoterapia interpersonal grupal demuestra su superioridad respecto a la situación de control para la mejora de los síntomas depresivos, aunque de modo estadísticamente significativo sólo en las niñas. Las técnicas de juego creativo no suponen ventaja. Ninguna de las dos técnicas mejora los síntomas de ansiedad, trastornos de conducta o funcionalidad. En escenarios como el presente, de extrema precariedad de recursos, es fundamental basar las intervenciones en estudios adecuados que demuestren la efectividad para esa determinada población.

Prevalencia y predictores de infección VIH en niñas y mujeres nepalíes forzadas a la prostitución

HIV Prevalence and Predictors of Infection in Sex-Trafficked Nepalese Girls and Women.

Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Maheshwari A, Willis BM, Raj A.

JAMA. 2007;298:536-42

Unas 150.000 mujeres y niñas sufren cada año la prostitución forzada en el sureste asiático. Además de suponer una gravísima violación de los derechos humanos se está convirtiendo en un destacado problema de salud pública. La ONG Maiti Nepal, junto a otras, se ocupa de rescatar, acoger e intentar rehabilitar a las jóvenes nepalíes que han sufrido tráfico sexual en la vecina India. El presente estudio retrospectivo transversal tiene como objetivo determinar la prevalencia de la infección por VIH en esta población e identificar algunos de los factores de riesgo demográficos y relacionados con las características de la explotación sexual sufrida. Para ello, los autores revisan las historias de 448 víctimas recogidas por la citada organización durante el pe-

riodo entre enero de 1997 y diciembre del 2005. De ellas, cumplen con los criterios prefijados de inclusión 287, que son sobre las que realizan el análisis estadístico. Estudian el estado serológico frente al VIH, realizando un análisis bivariado y luego multivariante de regresión logística, para averiguar la relación con ciertas variables, como edad al ser prostituidas, estado marital, tiempo en los burdeles, número y localización de ellos, etc., que se recogen de los registros clínicos del ingreso en los centros de refugio.

Destacan entre los resultados los siguientes: el rango de edad de las víctimas al ser forzadas a la prostitución oscila entre los 7 y los 32 años, con una media de 17 y casi un 15% menores de 14 años. Del total de la muestra un 38% eran seropositivas para el VIH. El porcentaje sube al 60% en la categoría de menores de 14 años. Se comportan como predictores de un mayor riesgo de infección, además de la menor edad, el tiempo en los burdeles (cada mes incrementa significativamente el riesgo), el mayor número de ellos visitados o su localización en la ciudad de Mumbai.

Tras repasar algunas de las deficiencias del estudio, como la relativamente pequeña muestra, el desconocimiento del estado de infección previo a la trata o los amplios intervalos de confianza de algunas de las estimaciones estadísticas, los autores abogan por incrementar los recursos para la investigación, educación e intervención en el control y prevención de tan ominosa práctica, que centra sus tremendas consecuencias en las más jóvenes, que son las que además corren un riesgo más elevado de padecer la infección por el VIH.

Seguimiento de las recomendaciones en el tratamiento de la otitis media aguda

Management of Acute Otitis Media by Primary Care Physicians: Trends since the release of the 2004 American Academy of Pediatrics/American Academy of Family Physicians Clinical Practice Guideline.

Vernacchio L, Vezina RM, Mitchell AA. *Pediatrics 2007;120:258-66*

Muchas veces, partiendo de la medicina basada en pruebas se sacan conclusiones que chocan con su aplicación práctica. Esa es la principal conclusión de este ilustrativo artículo, cuyos resultados derivan de una encuesta que contestaron un total de 299 pediatras de Atención Primaria de Boston.

La cuestión principal que se plantearon los investigadores fue el grado de adhesión de los pediatras de Atención Primaria

a las guías de tratamiento de la otitis media aguda (OMA) propuestas en el 2004 por la *American Academy of Pediatrics.* Las respuestas fueron llamativas: la opción de observación-seguimiento a los 24-48 horas (que la mencionada guía consideraba como oportuna en determinados supuestos), a pesar de ser considerada razonable por la gran mayoría de los pediatras, tan sólo fue cumplida por un 15% de los facultativos, dada la presión de los padres, y por dificultades a la hora de facilitar una cita para los días siguientes (la saturación debe de ser allí un problema).

Otro resultado decepcionante para los ideólogos de la guía fue que sólo un 12,7% de los pediatras recurrían a la administración de amoxicilina-clavulánico en dosis altas a pacientes con OMA y otalgia importante, asociada o no a fiebre de al menos 39º.

Otras fuentes

Uso sin prescripción de fármacos contra los síntomas del catarro en menores de 6 años

Food and Drugs Administration, EE. UU.

El pasado 15 de agosto la Food and Drugs Administration (FDA, EE. UU.) anunció que revisaría la autorización de venta sin prescripción de todos los productos destinados a aliviar los síntomas del catarro en menores de 6 años. El motivo aducido es que, además de las dudas sobre su eficacia, albergan dudas razonables respecto a la seguridad de tales fármacos especialmente en menores de 2 años de edad; se estima que desde 1969, al menos 45 fallecimientos pueden estar relacionados con el uso de descongestionantes y 69 con el de antihistamínicos, en menores de 2 años. En la mayoría de los casos se presume que se trataba de sobredosificación accidental del fármaco o interacciones con otros productos concomitantes, sin embargo no se descarta el riesgo de efectos adversos graves aun con el uso del fármaco en las condiciones aprobadas.

La nota pública de la FDA (www.fda.gov/cder/drug/advisory/cough_cold.htm) aconseja a los padres por ejemplo: no usar estos productos si no media una prescripción explícita; evitar el uso de productos destinados a adultos en niños; pedir consejo al médico antes de usarlo de forma concomitante con otros fármacos.

Casi simultáneamente, los mayores fabricantes de estos fármacos en EE.UU. decidieron retirar voluntariamente del mercado todos los productos de venta libre destinados a menores de 2 años de edad, en espera de la decisión final de la FDA. Entre estos productos se incluyen

algunos de los más vendidos sin prescripción (www.OTCSafety.org) y que incluyen entre sus variados y múltiples componentes los derivados de la efedrina (pseudoefedrina, fenilefrina) como descongestionantes.