

Revistas

Adolescentes en busca de consejo médico.

¿Está la respuesta en MySpace?

Teenagers wanting medical advice: is MySpace the answer?
Versteeg KM, Knopf JM, Posluszny S, Vockell AB, Britto MT.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(1):91-2.

El sonido de la televisión y la reducción del número de palabras emitidas por los adultos, los balbuceos del bebé y el lenguaje interactivo entre ambos. Estudio poblacional

Audible television and decreased adult words, infant vocalizations and conversational turns. A population based study.

Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al.
Ach Pediatr Adolesc Med. 2009;163(6):554-8.

Factores predisponentes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la familia, los compañeros y los medios de información

Family, peer and media predictors of becoming eating disordered.
Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA, Taylor B, et al.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(6):574-9.

Uso de ventilador mientras el niño duerme y riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome.

Coleman-Phox K, Odouli R, Li DK.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(10):963-8.

Nuevas pautas para el diagnóstico y manejo del asma en niños menores de 5 años: Guías GINA 2009

New guidelines for diagnosis and management of asthma in children less than 5 years: GINA Guidelines 2009.

Soto-Martínez ME, Ávila L, Soto-Quirós ME.
An Pediatr (Barc). 2009;71(2):91-4.

Oseltamivir y zanamivir en el tratamiento y profilaxis de la gripe estacional en niños

Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D.
BMJ. 2009;339:b3172. (doi:10.1136/bmj.b3172).

Prevalencia y transmisión vertical de la infección por *Trypanosoma cruzi* en embarazadas inmigrantes latinoamericanas en dos maternidades barcelonesas

Prevalence and vertical transmission of Trypanosoma cruzi infection among pregnant latin american women attending two maternity clinics in Barcelona, Spain.

Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, del Pino M, Fumadó V, et al.
Clin Infect Dis. 2009;48:1736-40.

Papel de los test de diagnóstico rápido de antígenos virales en la actual pandemia gripal

Evaluation of rapid influenza diagnostic tests for detection of novel influenza A (H1N1) virus - United States, 2009.
MMWR. 2009;58(30):826-9.

Papel de los test de diagnóstico rápido para la gripe en el manejo de los lactantes pequeños con fiebre sin foco

Rapid influenza test in young febrile infants for the identification of low-risk patients.

Mintegi S, García-García JJ, Benito J, Carrasco-Colom J, Gómez B, Hernández-Bou S, y cols.
Pediatr Infect Dis J. 2009;28(11): Published Ahead-of-Print. (doi:10.1097/INF.0b013e3181ab603c).

El oseltamivir puede prevenir las complicaciones de la gripe en niños con enfermedades crónicas

Effects of oseltamivir on influenza-related complications in children with chronic medical conditions.

Piedra PA, Schulman KL, Blumentals WA.
Pediatrics. 2009;124:170-8.
(doi:10.1542/peds.2008-0977).

Falta de coherencia de las recomendaciones de la AAP sobre el tratamiento de la OMA en niños según su edad

Age inconsistency in the American Academy of Pediatrics Guidelines for acute otitis media.

Meropol SB, Glick HA, Asch DA.
Pediatrics. 2008;121(4):654-68.

Urticaria multiforme: presentación de una serie de casos y revisión de los síndromes de hipersensibilidad urticarial aguda anular en niños

Urticaria multiforme: a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children.

Shah KN, Honig PJ, Yan AC.
Pediatrics. 2007;119(5):e1177-83.
(doi:10.1542/peds.2006-1553).

Otras fuentes

Los médicos y la industria farmacéutica. Médicos e industria: a cada cual, lo suyo

Segura A.

El País, 03/03/2009 [consultado el 01/06/2009].
Disponible en www.elpais.com/articulo/salud/Medicos/industria/elpepusosal/20090303/elpepisa_3/Tes

Revistas

Adolescentes en busca de consejo médico. ¿Está la respuesta en MySpace?

Teenagers wanting medical advice: is MySpace the answer?

Versteeg KM, Knopf JM, Posluszny S, Vockell AB, Britto MT.

Arch Pediatr Adolesc Med.

2009;163(1):91-2.

Cada vez más adolescentes usuarios de Internet visitan las redes sociales como MySpace y Facebook, y muchos participan en grupos interesados en temas relacionados con la salud, frecuentemente sin control, lo que puede ser una amenaza si se usa Internet como fuente primaria de información sin tener criterio para juzgar la seriedad y calidad de las páginas web visitadas. Como las redes sociales son un instrumento relativamente nuevo, se ha investigado poco su uso e influencia.

Este estudio, basado en una búsqueda en la red, describe los contenidos de los grupos interesados en asma en MySpace. Con el término "asma" como palabra de búsqueda, se encontraron 188 grupos abiertos cuyo contenido versaba sobre asma, solo 36 (19%) estaban dedicados exclusivamente a este tema. Solo uno de ellos proporcionaba información clínica

referenciada. La mayoría de las entradas lo constituyen casos personales. El 55% de los correos eran preguntas y el 5% daban consejos, no todos médicamente apropiados. Muchos de los enlaces relacionados eran comerciales.

Los grupos interesados en asma en MySpace contienen preguntas, consejos y enlaces a páginas web comerciales; la información clínica referenciada es escasa y muchos mensajes contienen información errónea. Esto es preocupante, ya que los adolescentes, cada vez con mayor frecuencia, reciben información sobre el cuidado de sus enfermedades a través de Internet más que de sus propios médicos o enfermeros. Además, los adolescentes suelen usar métodos de búsqueda sin tener en cuenta la fuente de información, en sitios no moderados por profesionales, confiando en la información que reciben, que puede influir en su comportamiento con respecto a su enfermedad con cambios que pueden resultar arriesgados.

Se plantea la cuestión de por qué los adolescentes están usando Internet como fuente de información sobre aspectos de salud de forma alternativa a la consulta clásica y se aconseja a los profesionales que rastreen en estos foros para observar la información que por ellos circula.

El sonido de la televisión y la reducción del número de palabras emitidas por los adultos, los balbuceos del bebé y el lenguaje interactivo entre ambos.

Estudio poblacional

Audible television and decreased adult words, infant vocalizations and conversational turns.

A population based study.

Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garison MM, Xu D, et al.

Ach Pediatr Adolesc Med.

2009;163(6):554-8.

En los últimos años hemos asistido a un incremento progresivo de casos de niños con retraso del lenguaje en la primera infancia, de fracaso escolar en los años siguientes y de lenguaje empobrecido en la adolescencia; muchos de los afectados tienen un nivel de inteligencia normal, pero no son capaces de seguir los programas docentes con el rendimiento esperado y no tienen un diagnóstico alternativo. Aunque la causa de estos problemas es claramente multifactorial, la lectura de este artículo hace reflexionar sobre si en la actualidad, el simple hecho de mantener a los niños expuestos desde el nacimiento a la presencia casi constante de aparatos de televisión (TV) encendidos en el hogar, fácilmente modificable, puede ser una de

dichas causas. La Academia Americana de Pediatría desaconseja ver TV y vídeos a los niños menores de 2 años, y sugieren que en su lugar los padres se centren en el juego interactivo para promover un mejor desarrollo de los bebés.

Los autores hacen un estudio prospectivo sobre una muestra seleccionada de población infantil de 2 a 48 meses de edad (n = 329) con la hipótesis de que la TV encendida se asocia a una disminución de la interacción padres-bebé.

A los bebés se les adaptó un receptor digital de voz que recogía los sonidos que el bebé oía y emitía durante las 12-16 horas diarias que lo llevaba puesto, mientras estaba en su casa, desde el momento en que se despertaba por la mañana hasta la hora de ir a dormir por la noche. Cada niño llevaba el dispositivo un día al mes y el número de registros por niño participante fue de 1 a 24 con un promedio de 6. Los datos eran posteriormente analizados por un programa que distingue los diferentes sonidos en voz adulta de varón, voz adulta de mujer, voz del bebé, voces de otros niños, conversaciones de fondo, silencio, ruido y sonidos electrónicos (TV).

La exposición al sonido de la TV se asoció significativamente a un menor número de vocalizaciones por parte del niño y un menor número de palabras emi-

tidas por los adultos, así como a una marcada disminución de lenguaje interactivo entre adultos y bebés, estimando que por cada hora de TV el niño oía entre 500 y 1.000 palabras menos emitidas por los adultos, lo que explica parcialmente la asociación entre el retraso en la adquisición del lenguaje y la presencia de la televisión encendida. Además, esto puede explicar retrasos cognitivos y problemas de atención si se considera que el lenguaje es un mediador de fundamental importancia para ambos procesos.

Factores predisponentes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la familia, los compañeros y los medios de información

Family, peer and media predictors of becoming eating disordered.

Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA, Taylor B, et al.

Arch Pediatr Adolesc Med.

2008;162(6):574-9.

El diagnóstico de bulimia nerviosa (BN) exige que el individuo presente atracones recurrentes de comida y, a continuación, realice conductas compensatorias inapropiadas, purgativas o no purgativas, con el fin de no ganar peso. En el trastorno por atracón (*binge eating disorder* o BED), el individuo presenta solo

frecuentes atracones, sin conductas compensatorias posteriores.

Con el objetivo de identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de carácter bulímico en los adolescentes, se lleva a cabo este estudio prospectivo desde el año 1996 al 2003. En él se recogen los datos de una encuesta autocumplimentada, realizada a 12.534 niños y adolescentes de ambos sexos hijos de enfermeras, predominantemente de raza blanca, con edades comprendidas entre 9-15 años al inicio del estudio, remitiendo un cuestionario a cumplimentar a cada uno de los participantes cada 12-18 meses durante los 7 años que duró el estudio, finalizando con edades de 16-22 años. Los parámetros a medir eran el inicio de atracones de comida al menos una vez a la semana (BED), el inicio de conductas purgativas (vómitos o uso de laxantes) al menos una vez a la semana y la asociación de ambas conductas al menos una vez a la semana (BN) durante un mínimo de 3 meses.

En 2004 les fue remitido a las madres de los participantes otro breve cuestionario sobre si en la familia alguien había recibido tratamiento por algún TCA. Su no cumplimentación excluía a sus hijos del estudio.

Aproximadamente el 10% de las chicas y el 3% de los chicos presentaron alguno de los trastornos descritos durante el período de 7 años del estudio.

El 4,3% de las chicas y el 2,1% de los chicos comenzaron con atracones. El 5,3% de las chicas y el 0,8% de los chicos presentaron conductas purgativas con el fin de controlar su peso. Solo una pequeña proporción de todos ellos (4 varones) comenzaron con ambas conductas simultáneamente (BN). Llama la atención que entre las chicas fueron más frecuentes las conductas purgativas solas que los atracones solos. Estos resultados sugieren que valorando únicamente estas dos combinaciones de síntomas, se pasa por alto a un gran número de chicas que inician solo conductas purgativas, que posiblemente también deberían ser abordadas y tratadas precozmente.

En ambos sexos la incidencia de atracones aumentaba con la edad, pero solo en las chicas se observó un marcado ascenso de las conductas purgativas a medida que eran más mayores. Las niñas menores de 14 años cuyas madres habían padecido TCA comenzaron con conductas purgativas con una frecuencia tres veces superior a las que no, hecho que no ocurriría en edades mayores en ambos sexos.

Se han propuesto numerosos factores de riesgo, que por otra parte han sido poco investigados, por lo que su papel no está muy claro, tanto de manera aislada como en combinación, en el desarrollo de TCA; en este estudio se valoran edad, sexo, dietas frecuentes con el fin de perder peso, preocupación por el peso, burlas sobre el aspecto o el peso, insatisfacción con el propio cuerpo, sensación de presión para estar delgados por parte de los compañeros y de los medios e historia familiar de TCA.

Los factores de riesgo varían con la edad y el sexo. Entre las chicas, el estar frecuentemente a dieta, la preocupación por el peso y el deseo de parecerse a sus ídolos del mismo sexo presentes en los medios, sobre todo impresos, fueron factores de riesgo de comenzar con atracones y/o con conductas purgativas. Entre los chicos lo fueron la preocupación por el peso y los comentarios negativos sobre el mismo por parte de sus padres. En ambos no lo fue el hecho de que sus madres hubieran padecido algún TCA.

Entre las chicas, el hecho de padecer sobrepeso y hacer dieta reglada para control del mismo, no aumentó el riesgo de comenzar con las conductas mencionadas.

Entre los chicos, aumentaba la probabilidad de conducta purgativa el que su

peso fuera algo importante para sus compañeros o amigos.

No se debe restar importancia a la información proporcionada por los adolescentes sobre que hacen dieta o están preocupados por su peso, ya que ambos hechos se asocian significativamente con la presentación posterior de TCA. Puede que la prevención de los TCA necesite ser diferente según el sexo y la edad. Los padres, profesores y sanitarios deben fomentar el que los niños y adolescentes mantengan un peso adecuado sin sobrevalorar su importancia ni estigmatizar a los que padezcan de sobrepeso.

Uso de ventilador mientras el niño duerme y riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante

Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome.

Coleman-Phox K, Odouli R, Li DK.

Arch Pediatr Adolesc Med.

2008;162(10):963-8.

Desde que se han reconocido diversas condiciones asociadas estadísticamente al síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se han generalizado los consejos para evitarlas y la frecuencia del SMSL ha disminuido progresivamente. Parece que una adecuada ventilación de la habitación donde duerme el lactante es un factor protector que adquiere máxima im-

portancia cuando se asocia a alguna de las circunstancias adversas previamente conocidas.

Este trabajo intenta valorar el efecto del uso del ventilador en la habitación o de mantener abierta la ventana durante el sueño del bebé sobre el riesgo de SMSL.

Los datos fueron recogidos de la población californiana entre los años 1997 y 2000. Se comparan las circunstancias en que dormían 185 lactantes fallecidos de SMSL (< 50% de población elegible) en el último sueño, con otros 312 controles extraídos del registro de nacimientos buscando equiparar casos y controles por similares características sociodemográficas, año de nacimiento, región de residencia, historia materna prenatal, e historia médica y edad del bebé. Se emparejaron algunas circunstancias del último sueño de los casos de SMSL con las del sueño de la última noche de los casos controles (localización del cuarto, superficie donde el niño dormía, número y tipo de cobertores sobre y bajo el bebé y temperatura de la habitación). Los análisis se realizaron con el programa estadístico SAS® versión 9.1.

Como era de esperar, las madres de los casos eran más jóvenes, solteras, multíparas, fumadoras, habían recibido cuidados prenatales pasado el primer trimestre

y menos frecuentemente habían completado estudios secundarios. Los bebés fallecidos, con más frecuencia habían sido pretérmino, con un peso menor de 2.500 g y habían tenido fiebre en las últimas 48 horas antes del suceso. En el último sueño, había más casos de controles donde los bebés dormían en decúbito prono o lateral, no usaban chupete, la ropa de cama les había cubierto la cabeza, dormían sobre una superficie blanda y compartían lecho con alguna persona que no eran los padres. Asimismo, era más frecuente entre los casos que en el domicilio viviera algún fumador.

Una vez ajustadas todas las variables de confusión, se encuentra que el tener un ventilador encendido en la habitación del bebé se asocia a una disminución del 72% del riesgo de SMSL. El dormir con la ventana abierta también se asoció a un menor riesgo de SMSL, aunque en este caso sin significación estadística.

El efecto positivo de tener encendido un ventilador en el riesgo de SMSL era consistentemente mayor cuando el sueño de los niños ocurría en alguna de las circunstancias de riesgo reconocido para el SMSL (temperatura de la habitación mayor de 21 °C, postura en prono, ventana cerrada, cama compartida con una persona que no era uno de los padres y dormir sin chupete).

Probablemente el mover el aire puede prevenir la acumulación de CO₂ exhalado en torno a la cara del niño, evitando la reutilización del aire espirado.

A pesar de que el estudio puede presentar varios sesgos, los autores concluyen que el uso de ventilador en la habitación del niño puede ser una intervención simple y efectiva para seguir disminuyendo el riesgo de SMSL, sobre todo en niños que duermen en condiciones adversas, sin olvidar que la medida más importante es seguir difundiendo el mensaje de que hay que poner a dormir a los bebés boca arriba.

Nuevas pautas para el diagnóstico y manejo del asma en niños menores de 5 años: Guías GINA 2009

New guidelines for diagnosis and management of asthma in children less than 5 years: GINA Guidelines 2009.

Soto-Martínez ME, Ávila L, Soto-Quirós ME. *An Pediatr(Barc)*. 2009;71(2):91-4.

En el 2006 la GINA publicó nuevas guías para el manejo del asma, su objetivo era el control de la enfermedad. Pero adolecía de recomendaciones para el manejo de los menores de 5 años. Por esto el comité ejecutivo encargó a un grupo de neumólogos y alergólogos pediátricos que realizaran un documento ac-

tualizado y basado en la evidencia para este grupo de edad.

La guía tiene como objetivo lograr y mantener el control del asma, como define la GINA. La educación en la evitación de los factores desencadenantes, adecuadas técnicas inhalatorias y la importancia de la adherencia al tratamiento son pilares básicos para lograr el objetivo. Para un adecuado grado de control, muchas veces es necesario utilizar medicamentos preventivos; la terapia inhalada es la piedra angular del tratamiento. Los corticoides inhalados siguen siendo el medicamento de primera línea a utilizar en este grupo de pacientes. Se puede iniciar con dosis bajas de esteroides, que muestra beneficios en la mayoría de los pacientes. Otro grupo de medicamentos preventivos son los modificadores de leucotrienos que han mostrado eficacia en niños de 2 a 5 años con asma episódica y síntomas inducidos por virus.

El documento recientemente publicado por la GINA es una guía creada por expertos del ámbito mundial y basada en la evidencia disponible hasta la fecha. El objetivo principal de este documento es guiar al médico general, pediatra o neumólogo pediatra para la evaluación y el manejo adecuados del paciente de edad preescolar con sibilancias persistentes o asma.

El documento completo se puede encontrar en la página de Internet de GINA (www.ginasthma.com).

Oseltamivir y zanamivir en el tratamiento y profilaxis de la gripe estacional en niños

Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. *BMJ.* 2009;339:b3172. (doi:10.1136/bmj.b3172).

Se trata de la publicación previa en Internet (10 de agosto de 2009, www.bmj.com/cgi/content/full/339/aug10_1/b3172) con el propósito de arrojar luz sobre el tema del uso de los antivirales en la infección gripal.

En los períodos epidémicos, la tasa ataque de la gripe puede alcanzar el 30-40% de la población infantil (hasta el 40% en los preescolares). Se ha comprobado que los niños en edad escolar son la principal fuente de transmisión de la infección en los domicilios. En el período de máxima incidencia, hasta un 25% de los niños pueden requerir atención médica por los síntomas gripales. Además, las complicaciones como la otitis media aguda, sinusitis, bronquitis, bronquiolitis y la

laringitis son frecuentes; el 20-25% de los niños menores de 6 años con gripe desarrollan otitis media aguda. La principal medida de control de la gripe es la vacunación. En la pandemia actual por el nuevo virus gripal A(H1N1) [A(H1N1)v], la carencia de una vacuna eficaz plantea la necesidad de valorar el papel que podrían jugar los antivirales en el control de la infección.

El presente trabajo se ha llevado a cabo para valorar la eficacia de los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir) en el tratamiento y prevención de la transmisión de la gripe estacional.

Incluye siete ensayos clínicos aleatorizados llevados a cabo en niños menores de 12 años de edad tratados en la comunidad, de forma ambulatoria. Cuatro estudios abordaban el tratamiento con un total de 1.766 pacientes, de los cuales 1.243 fueron infecciones confirmadas (tratados dos con oseltamivir y otros dos con zanamivir); y en los tres restantes se estudiaba la profilaxis (uno con oseltamivir y dos con zanamivir). La variable principal medida es el tiempo de resolución de los síntomas y la incidencia de gripe en los contactos domiciliarios de los pacientes.

El tratamiento con antivirales produjo una disminución de la duración de los síntomas hasta la resolución de los mismos de 0,5 a 1,5 días. La pauta de profi-

laxis postexposición de 10 días logró reducir la incidencia de la infección en los contactos en un 8% (IC 95%: 5%-12%): es necesario tratar a 13 (IC 95%: 9-20) individuos para prevenir un caso entre los contactos de ellos.

Los datos aportados en este estudio indican que el uso de oseltamivir y zanamivir no logró una reducción significativa en la incidencia de otitis media aguda y en el uso de antibióticos.

Zanamivir fue bien tolerado, pero el tratamiento con oseltamivir se asoció a un mayor riesgo de presentar vómitos. No se registró ningún fallecimiento. Los abandonos fueron iguales en los grupos de tratamiento y placebo.

La conclusión es que el uso de estos fármacos muestra escasos beneficios (acortamiento de la duración de la enfermedad en 0,5-1,5 días) en el caso de la gripe estacional. Es difícil determinar si estos datos pueden ser aplicados a la actual pandemia por el virus A(H1N1)v. Los autores destacan que si bien numerosos protocolos recomiendan el uso de antivirales en el tratamiento de la infección sintomática por el virus gripal A(H1N1)v, en vista de la baja morbimortalidad mostrada hasta ahora por este agente, sería sensato un manejo más conservador de las formas leves de la enfermedad, sobre todo por la escasez de

datos clínicos de su eficacia, el riesgo de efectos secundarios y del desarrollo de resistencias.

Prevalencia y transmisión vertical de la infección por *Trypanosoma cruzi* en embarazadas inmigrantes latinoamericanas en dos maternidades barcelonesas

Prevalence and vertical transmission of Trypanosoma cruzi infection among pregnant latin american women attending two maternity clinics in Barcelona, Spain.

Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, del Pino M, Fumadó V, et al.

Clin Infect Dis. 2009;48:1736-40.

La enfermedad de Chagas es un ejemplo de enfermedad "olvidada" cuya causa fundamental es la pobreza. Es endémica en ciertas poblaciones andinas y centroamericanas donde las condiciones miserables de sus viviendas constituyen un hábitat ideal para la chinche transmisora. Aunque los efectos deletéreos para la salud, a través de las complicaciones cardíacas y digestivas, suelen producirse años después del contagio, suponen una devastadora carga social que, además del sufrimiento causado a los enfermos y familias, dificulta enormemente el desarrollo de estos países.

La globalización mundial con sus flujos migratorios hace que la infección se produzca en países como España, donde no es endémica, pues puede ser transmitida, vía sanguínea, por transfusiones, transplantes y sobre todo por vía transplacentaria. Así que debe ser tenida en cuenta como un posible problema de salud en las consultas de Pediatría de Atención Primaria.

El presente estudio prospectivo multicéntrico se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia y el riesgo de transmisión vertical en mujeres gestantes barcelonesas provenientes de países con endemia.

A todas las embarazadas de riesgo, controladas en los 2 hospitales participantes (Clinic y Sant Joan de Déu), se les invitó a participar en el estudio entre marzo de 2005 y septiembre de 2007. Una vez calculado el efectivo necesario de la muestra para poder realizar estimaciones, se iniciaron las actividades de detección en las mujeres que aceptaron participar. Se realizó serología mediante técnicas ELISA, con dos tipos de antígeno y un tercero confirmatorio. La presencia del parásito en sangre, tanto en las madres como en los recién nacidos, era evaluada mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Se detectaron 46 mujeres infectadas,

de un total de 1.350, lo que supone una prevalencia de 3,4% con un intervalo de confianza para el 95% de certeza (IC 95%) de 2,43%-4,73%. La mayoría eran oriundas de Bolivia. Se encontraron tres casos de infección congénita, con una tasa de transmisión vertical de 7,3% (IC 95%: 1,5%-19,9%).

Los lactantes afectados recibieron tratamiento con benznidazol (7,5 mg/kg/día, 2 meses) sin presentar efectos adversos. También se ofreció a las puérperas infectadas, tras terminar la lactancia de sus hijos.

Los autores concluyen, calculando por extrapolación, que en toda España podría haber unas 24.000 mujeres en edad fértil infectadas por *Trypanosoma cruzi*, lo que supondría que, en los próximos 10 años, nacerían unos 1.750 niños contagiados. Aunque reconocen la posible inexactitud de estos cálculos, al basarse en un solo estudio, animan a plantearse la necesidad de implantar programas de cribado en población de alto riesgo.

N. del T.: algunas ONG claman por el empleo de recursos para la investigación de enfermedades vinculadas a la pobreza que parecen no resultar rentables para las empresas farmacéuticas. Tal vez sea su aparición en entornos prósperos una buena oportunidad para inversiones que

podrían beneficiar, aunque fuese de modo colateral, a tantos seres humanos que viven en la miseria.

Papel de los test de diagnóstico rápido de antígenos virales en la actual pandemia gripal

Evaluation of rapid influenza diagnostic tests for detection of novel influenza A (H1N1) virus - United States, 2009.

MMWR. 2009;58(30);826-9.

La extensión de la pandemia por el nuevo virus gripal A(H1N1) [A(H1N1)v] hace necesario evaluar la capacidad de los test de diagnóstico rápido de antígenos virales gripales (TDRaG) en secreciones respiratorias disponibles, para detectar los antígenos de este nuevo agente.

Los CDC informan en este artículo de la prueba de tres TDRaG disponibles (BinaxNOW Influenza A&B®, Directigen EZ Flu A+B® y QuickVue A+B®) en 65 muestras positivas para el virus A(H1N1)v, o los estacionales A(H1N1) o A(H3N2), comprobadas mediante PCR.

La sensibilidad global encontrada fue del 40-69%; la capacidad para detectar el virus A(H1N1)v disminuyó notablemente en las muestras con menor presencia del virus.

Según estos resultados, los pacientes cuyas muestras sean positivas para el

agente A(H1N1)v, pueden ser tratados como tales, pero en aquellos casos con resultados negativos no se puede excluir la infección por el virus A(H1N1)v, de modo que deben ser tratados en base a los datos clínicos y el grado de sospecha; y si determinar este aspecto se considera necesario en un caso concreto, hay que recurrir a pruebas de PCR o aislamiento viral.

Los TDRaG probados no distinguen entre los subtipos de virus gripal A, por lo que el resultado positivo debe interpretarse en función de la circulación de virus gripales en la comunidad.

Todos los TDRaG han mostrado cifras de sensibilidad relativamente bajas en la detección de los virus gripales estacionales, en estudios previos. Otras publicaciones han informado de datos de sensibilidad para detectar el virus A(H1N1)v aún más bajos que los encontrados en el presente estudio (10-51%: Faix DJ, NEJM, 2009; Ginocchio CC, J Clin Virol, 2009).

No obstante, los CDC advierten que las cifras de sensibilidad encontradas en este estudio pueden estar afectadas por ciertas limitaciones del estudio: número escaso de muestras analizadas y el uso de muestras almacenadas anteriormente (el rendimiento puede aumentar claramente en muestras recogidas en los tres primeros días de enfermedad).

Por todo lo anterior, los CDC recomiendan interpretar los resultados hallados de forma provisional, y en su aplicación a los pacientes en cada caso concreto hacerlo siempre en función de los datos clínicos y epidemiológicos locales disponibles.

Papel de los test de diagnóstico rápido para la gripe en el manejo de los lactantes pequeños con fiebre sin foco

Rapid influenza test in young febrile infants for the identification of low-risk patients.

Mintegi S, García-García JJ, Benito J, Carrasco-Colom J, Gómez B, Hernández-Bou S, y cols.

Pediatr Infec Dis J. 2009;Volume 28 (11): Published Ahead-of-Print.

(doi: 10.1097/INF.0b013e3181ab603c).

Las infecciones bacterianas graves ocurren en el 7-15% de los lactantes febriles menores de 3 meses de edad. El manejo clínico de estos pacientes es motivo de debates y la variabilidad en su manejo clínico es patente. La mayoría de las guías y protocolos incluyen la práctica exhaustiva de estudios complementarios en los lactantes con fiebre sin foco (FSF) menores de 3 meses de edad.

Los virus respiratorios, entre ellos los virus influenza, son patógenos habituales en los niños. La presentación inespecífica dificulta su reconocimiento. Los lactantes

febriles con infecciones virales confirmadas tienen menor riesgo de infección bacteriana grave.

El objetivo de este estudio es determinar si la realización de test de detección rápida de los virus gripales (TRDG) ayuda a identificar pacientes con menor riesgo de infecciones bacterianas graves entre los lactantes febriles menores de 3 meses de edad en la temporada gripal.

Los autores incluyen 381 lactantes menores de 3 meses de edad con FSF y buen estado general, a los que se practicó un TRDG y hemocultivo como parte del estudio de estos pacientes en las temporadas gripales de los años 2003-2008, en dos hospitales terciarios de Bilbao y Barcelona. El 22,6% eran menores de 28 días y el resto hasta los 3 meses de edad.

El TRDG fue positivo en 113 pacientes (29,7%). En este grupo la incidencia de hospitalizaciones y de infecciones bacterianas graves fue menor que el grupo con TRDG negativo (respectivamente: 47,8% vs. 73,9%; 2,65% vs. 17,5%); ningún paciente con TRDG positivo tuvo un hemocultivo o LCR positivos. También la incidencia de infección urinaria fue significativamente menor en el grupo con TRDG positivo respecto al grupo con TRDG negativo.

Pese a las limitaciones de este estudio, sobre todo en lo que a la selección de pacientes se refiere, los resultados confirman otros previos en el sentido de que la realización de un TRDG en la temporada de máxima actividad gripal puede ayudar a seleccionar a los pacientes con menor riesgo de infecciones bacterianas potencialmente graves, los cuales pueden beneficiarse de un manejo más conservador y en los que, según este estudio, podría prescindirse del hemocultivo como prueba complementaria estándar obligada.

El oseltamivir puede prevenir las complicaciones de la gripe en niños con enfermedades crónicas

Effects of oseltamivir on influenza-related complications in children with chronic medical conditions.

Piedra PA, Schulman KL, Blumentals WA.

Pediatrics. 2009;124:170-8.

(doi:10.1542/peds.2008-0977).

Es un estudio retrospectivo patrocinado por la industria farmacéutica que incluye a niños de 1 a 17 años de edad con diversas enfermedades crónicas (incluyendo cáncer, asma e infección por VIH).

Compara la incidencia de complicaciones a los 15 y 30 días del diagnóstico de gripe estacional en dos grupos; uno

(1.634 pacientes) que recibieron oseltamivir en las primeras 24 horas tras el diagnóstico; y otro (3.721 pacientes) que no recibieron este fármaco. El período de estudio fue de 6 temporadas gripales entre 2000 y 2006. Se comparó la frecuencia de neumonía, otras infecciones respiratorias, otitis media aguda y la tasa de hospitalizaciones.

Tras los ajustes necesarios, se encontró que a los 14 días de evolución los pacientes que habían recibido oseltamivir habían presentado con menor frecuencia neumonía (1% vs. 1,9%), otras infecciones respiratorias (19,8% vs. 23,8%), otitis media aguda (2,8% vs. 4,9%); asimismo, habían sido hospitalizados también menos frecuentemente (0,6% vs. 1,3%). En la evaluación a los 30 días los resultados fueron similares, y en todos los casos fueron estadísticamente significativos.

Como conclusión, los autores destacan que el oseltamivir tuvo un efecto significativo en la reducción de las complicaciones y las hospitalizaciones en niños con enfermedades crónicas. No obstante, es de advertir que todos los pacientes estudiados estaban infectados por un virus gripal distinto al actual virus A(H1N1)v, por lo que se desconoce si los efectos en caso de infección por este nuevo agente serían de la misma naturaleza.

Falta de coherencia de las recomendaciones de la AAP sobre el tratamiento de la OMA en niños según su edad

Age inconsistency in the American Academy of Pediatrics Guidelines for acute otitis media.

Meropol SB, Glick HA, Asch DA.

Pediatrics. 2008;121(4):654-68.

La otitis media aguda (OMA) es la entidad pediátrica que consume mayor cantidad de antibióticos, pero muchos niños mejoran espontáneamente sin tratamiento antibiótico. Cuanto más pequeño es el niño o más enfermo está, es menos probable esta mejoría espontánea.

Teniendo en cuenta estos hechos, en el año 2004 la AAP publicó una guía de práctica clínica basada en la evidencia sobre el diagnóstico y el tratamiento inicial de la OMA no complicada en niños de 2 meses a 12 años.

En ella se considera esencial el tratamiento del dolor, y se considera apropiado, en casos seleccionados, mantener una actitud expectante durante 48-72 horas antes de indicar tratamiento con antibióticos en caso de persistencia de los síntomas, lo que reduciría notablemente su consumo del mismo modo que evitaría los efectos indeseables asociados a los mismos y disminuiría la aparición de cepas de bacterias resistentes.

Este trabajo compara varias estrategias de tratamiento usando amoxicilina si el diagnóstico se hace según los dos criterios clásicos o los tres criterios recomendados por la AAP u observando la evolución sin tratamiento antibiótico, de niños que acuden a consulta con posible OMA, evaluando el uso final de antibióticos, los días de enfermedad, los efectos adversos del tratamiento y el número de casos a tratar (NNT) para evitar un día de enfermedad. Comparando la presencia de los dos criterios clásicos con los tres recomendados por la AAP para iniciar tratamiento, en los niños entre 2 y 6 meses se reduce un 21% el uso de antibióticos y un 23% el número de efectos adversos, pero el número de días de enfermedad aumenta un 13%; para los niños de 6 a 24 meses, las cifras respectivas son de -26%, -28% y +15%, y para los niños entre 2 y 12 años de -67%, -68% y +4%. El NNT en niños de 2 a 6 meses, comparando la estrategia de dos criterios con la de la AAP es de 1,2 y comparando la de la AAP con la observación sin tratamiento, de 0,9; para los niños entre 6 años y 24 meses las cifras respectivas son de 1,4 y 0,7 y para los niños de 2 a 12 años, de 12,3 y 6,3.

A pesar de los amplios análisis estadísticos de algunas variables de este estudio, pueden escapar a los mismos mu-

chos matices de la toma de decisiones en la consulta real, pero los datos obtenidos indican que los criterios de la AAP pueden ser más coste-efectivos para los niños mayores de 2 años que para los menores de esa edad. El seguimiento de las recomendaciones de la AAP en niños menores de 2 años disminuye el consumo de antibióticos, pero a costa de más días de enfermedad y de más días de trabajo parental perdido, y por tanto mayores costes, lo que hay que tener en cuenta cuando ambos progenitores trabajan y lógicamente prefieren el tratamiento antibiótico de entrada antes que esperar a ver qué pasa en los próximos 2-3 días. Los autores sugieren que las recomendaciones han de ser diferenciadas según la edad del niño.

Urticaria multiforme: presentación de una serie de casos y revisión de los síndromes de hipersensibilidad urticarial aguda anular en niños

Urticaria multiforme: a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children.

Shah KN, Honig PJ, Yan AC.

Pediatrics. 2007;119(5):e1177-83.

(doi:10.1542/peds.2006-1553).

La urticaria anular aguda con lesiones anulares, arqueadas y policíclicas, es un subtipo morfológico de la urticaria aguda

que se observa frecuentemente en los primeros años de vida. Con frecuencia se confunde con el eritema multiforme y, ocasionalmente, con ciertas vasculitis cutáneas que representan reacciones de hipersensibilidad tipo III mediadas por inmunocomplejos (*serum sickness-like*) y otras. De hecho, las tres entidades descritas pueden presentarse de forma muy similar, por lo que es necesario conocer sus diferencias para poder distinguir las y tratarlas adecuadamente.

En este artículo se presentan 18 casos diagnosticados de urticaria anular referidos a una consulta de dermatología con otros diagnósticos y se revisan los criterios diagnósticos y las diferencias clínicas entre las tres enfermedades mencionadas. Los autores proponen la nueva denominación de esta entidad como "urticaria multiforme" por ser más descriptiva de esta variante de la urticaria.

La urticaria aguda es un proceso alérgico autolimitado, generalmente de carácter leve, asociado a hipersensibilidad de tipo I mediada por histamina. El prurito es el síntoma asociado más frecuente; también son frecuentes el angioedema de cara, manos y pies (pero no el edema laríngeo), el dermatografismo y la fiebre moderada. Las lesiones son característicamente cambiantes y

de breve duración; la presencia de equimosis en el centro de las lesiones anulares en resolución puede confundir con el eritema multiforme, pero en esta entidad las lesiones son fijas y con tendencia a la necrosis. Muchos niños habían recibido medicamentos, especialmente antipiréticos y antibióticos, sin que su papel quede claro como causa del cuadro. En ningún caso se asoció a alergia alimentaria. En cuanto al tratamiento, el cuadro cede rápidamente antihistamínicos y/o corticoides sistémicos, siendo también útil la combinación de antihistamínicos H1 (ej.: difenhidramina) con antihistamínicos H2 (ej.: ranitidina) reservando un ciclo breve de corticoides para los casos graves.

Las reacciones de hipersensibilidad que imitan a la enfermedad del suero se asocian frecuentemente a la administración de medicamentos. Su tratamiento consiste en primer lugar en eliminar la causa, administrar antihistamínicos y un ciclo de 2 a 3 semanas de corticoides en los casos graves.

El artículo se acompaña de buenas fotografías y tablas que recogen los criterios diagnósticos, las características distintivas de las tres entidades mencionadas y el diagnóstico diferencial de la urticaria multiforme, por lo que su lectura es muy práctica.

Otras fuentes

Los médicos y la industria farmacéutica. Médicos e industria: a cada cual, lo suyo

Segura A.

El País, 03/03/2009 [consultado el 01/06/2009]. Disponible en www.elpais.com/articulo/salud/Medicos/industria/elpepusocal/20090303/elpepisa1_3/Tes

"Ni los más conspicuos detractores de la industria farmacéutica renunciarían a una medicación eficaz frente a un problema de salud importante. La iniciativa empresarial de los laboratorios nos ha proporcionado una enorme cantidad de posibilidades de intervención. Y el motor de esas iniciativas ha sido básicamente el ánimo de lucro". Este es el primer párrafo de la columna escrita por Andreu Segura, profesor asociado de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y responsable de Salud Pública del Instituto de Estudios de la Salud. Como dice el autor más adelante, la naturaleza y alcance de las relaciones entre los médicos y la industria es objeto de debates interminables.

El tema tiene a juicio del autor dos derivadas. Por un lado, el coste económico directa o indirectamente imputable a dicha relación: "En España, el consumo de medicamentos es manifiestamente mejorable. El despilfarro debido a medicamentos que no solo no se consumen, sino que a menudo se tiran sin siquiera abrir el envase se estima en más del 1,5% del total de gasto farmacéutico. [...]. La responsabilidad de la industria es obvia. Mediante enérgicas campañas de publicidad directa e indirecta y gracias a inteligentes estrategias de penetración en el sistema sanitario determina en buena parte los contenidos de las políticas y las actividades asistenciales". Y, en segundo lugar, los cada vez más frecuentes efectos adversos de los medicamentos.

Las responsabilidades alcanzan a todos: profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, centros asistenciales y administración sanitaria. Los médicos tienen ante sí el reto de asumir el papel de la formación de los prescriptores y de no abdicar dicha función en la propia industria.