

¿QUÉ LUGAR TIENE LA BCG EN FRANCIA?

D. Lévy-Bruhl

Arch Pédiatr 2002; 9: 1-3

Entre los países de la Unión Europea, que tienen una incidencia anual de tuberculosis inferior a 20 casos por 100.000 habitantes solamente en Francia, Portugal, Finlandia y Grecia se continúa la vacunación sistemática, entre el nacimiento y los 6 años y es Francia, el único de estos países en los que se mantiene la revacunación. Estos hechos llevan al autor del presente editorial a realizar un repaso de los beneficios y problemas que ocasionaría el cambio de esta actitud.

Los meta-análisis publicados en los años 90 han confirmado la eficacia de la BCG en la prevención de la meningitis y formas miliares tuberculosas, con una tasa de protección situada entre el 64 y el 86% y un grado de protección sobre el conjunto de todas las formas tuberculosas superior al 50%.

La cuestión de la revacunación es muy poco aceptada. Una síntesis de la literatura médica, publicada por la OMS en 1995, indica en una de sus conclusiones que "en los sujetos vacunados por BCG, no existe ningún resultado científico que confirme la utilidad de esta práctica, y por lo tanto, la revacunación no está recomendada. La experiencia finlandesa así lo confirma, al suprimir la revacunación a los tuberculino-negativos a los 11-13 años no se observó ningún impacto negativo sobre la incidencia de la tuberculosis en dicho país. Otra cuestión diferente es la primo-vacunación en lactantes.

En Suecia al suprimir la vacunación sistemática se observó un aumento de la incidencia de la tuberculosis infantil, sobre todo, en hijos de personas que provenían de países con una alta prevalencia de tu-

berculosis, tanto hubieran nacido estos en Suecia o en el extranjero.

La incidencia actual en Francia de casos con baciloscopia positiva es de 4,5 por 100.000 habitantes y la incidencia de meningitis tuberculosa de 0,6 casos por 10 millones de habitantes.

La Unión internacional contra la tuberculosis y las enfermedades respiratorias (UICTER) indican reconsiderar el cese de la vacunación sistemática con BCG cuando la incidencia de baciloscopias positivas sea inferior a 5/100.000 y la de meningitis tuberculosa sea inferior a 1 caso/10 millones de habitantes. Ante estos hechos se plantea el impacto de la supresión de la vacunación sistemática con BCG en Francia.

El autor se muestra favorable a la supresión de la revacunación de los tuberculino-negativos aunque con respecto a la supresión de la primovacunaación, por los problemas que han sufrido los países en los que se ha llevado a cabo, como el citado ejemplo de Suecia, se encuentra más reticente presentando varias alternativas:

1ª. Mantener la primovacunaación únicamente en las regiones que no cumplen los criterios de la UICTER, en cuanto a la tasa de incidencia de formas bacilíferas

2ª. Vacunar a los niños de poblaciones de riesgo sea cual fuera la situación endémica de la región.

3ª. Una combinación de las dos estrategias precedentes: vacunación sistemática en las regiones de alta incidencia y de la población de riesgo en el resto del país.

Cualquiera de las tres opciones entrañará una gran dificultad en cuanto a la definición de la población blanco de la vacuna y la organización del sistema de vacunación, así mismo, la modificación de la política vacunal, conllevaría una mayor vigilancia, fundamentalmente de las formas extrapulmonares en la infancia.

ANOREXIA MENTAL Y DESNUTRICIÓN GRAVE: COMO ASEGURAR EL SOPORTE NUTRICIONAL EN UN MEDIO PEDIÁTRICO

R. de Tournemire, P. Alvin

Arch Pédiatr 2002; 9: 429-33

El objetivo del trabajo es mostrar los signos y síntomas que nos pueden indicar la necesidad de ingreso urgente en una Unidad de Hospitalización de Pediatría y las recomendaciones consensuadas sobre la nutrición enteral por sonda nasogástrica, casi siempre necesaria en este tipo de cuadros.

Los criterios de ingreso pueden ser clínicos o analíticos. Los criterios clínicos incluyen: índice de masa corporal $<13 \text{ kg/m}^2$, Bradicardia extrema $<40/\text{min}$, hipotensión sistólica $<80 \text{ mmHg}$ o hipotensión ortostática, hipotermia $<35^\circ\text{C}$, enlentecimiento del pensamiento, púrpura vascular y escaras cutáneas. Dentro de los signos analíticos, los principales son: hipoglucemia, hipokaliemia (vómitos), hiponatremia (potomanía), elevación de la urea y creatinina (deshidratación) y pancitopenia (hipoplasia medular o citolisis hepática). El examen cardíaco es fundamental, incluye la realización sistemática de un electrocardiograma (para comprobar la ausencia de trastornos del ritmo, búsqueda de signos de hipokaliemia, cálculo del QT corregido, en ocasiones alargado) y un ecocardiograma (donde se puede observar una disminución de la masa muscular, derrame pericárdico y más esporádicamente prolapso de la válvula mitral).

Cuando finalmente se decide el ingreso, deben explicarse claramente los objetivos del mismo, tanto a la paciente como a sus padres. La duración del ingreso debe oscilar entre las 3 y 4 semanas y debe conseguirse un "peso de seguridad" (entre 5 y 8

kg más que al ingreso) que permita la continuación del tratamiento ambulatoriamente. La supervisión clínica incluye: peso diario, tensión arterial y frecuencia cardíaca varias veces al día, temperatura central y tira reactiva de orina. Se deberá realizar una analítica sanguínea inicial. Hay que estar muy atentos al riesgo de hipofosfatemia que puede ocurrir en el curso de la renutrición, por la entrada en la célula de fosfatos y glucosa debido a la acción de la insulina, por lo que es necesario el aporte fósforo oral de forma preventiva. La comida inicialmente debe ser similar a la distribuida a los otros enfermos del hospital. Si con estas medidas comienza a aumentar el peso puede continuar el tratamiento de forma ambulatoria, si no es así, debe pasarse a la alimentación por sonda, en ocasiones precedida de una rehidratación intravenosa. La alimentación por sonda puede ser vivida por el paciente como una intromisión en su control sobre su peso, pero en ocasiones puede suponer una liberación temporal de esa ardua tarea que se ha dado a sí misma la paciente, consistente en controlar su peso de forma permanente.

La nutrición continua, con sonda nasogástrica, por bomba, evita las manipulaciones, limita los vómitos y permite la continuación de la comida oral. La renutrición demasiado agresiva es conocida con el nombre de renutrición inapropiada o *refeeding syndrome*. En ella se asocian una insuficiencia cardíaca y una alteración de la conciencia, habiéndose achacado su causa a los trastornos electrolíticos (hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipokaliemia) y a la expansión extracelular (aportes de agua, sodio y glucosa) que puede suceder durante el proceso de realimentación.

La anorexia mental, aunque es una enfermedad eminentemente psiquiátrica, en los aspectos nutricionales del enfermo, sobre todo en los periodos críticos, es el pediatra el que debe hacerse cargo del mismo.

PROCALCITONINA Y MENINGITIS VIRALES: REDUCCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS INNECESARIOS POR MEDIO DE LA CUANTIFICACIÓN RUTINARIA DE PROCALCITONINA EN EL CURSO DE UNA EPIDEMIA

E. Mar, C. Ménager, F. Moulin and cols.

Arch Pédiatr 2002; 9: 358-64

Objetivo

Estimar el interés de la cuantificación rutinaria de procalcitonina (PCT) con el fin de llegar a un diagnóstico precoz de las meningitis virales con el fin de suspender los tratamientos antibióticos innecesarios.

Métodos y resultados

Cincuenta y ocho niños (2 meses-14 años) fueron hospitalizados en Mayo de 2000 a consecuencia de una epidemia de meningitis por enterovirus. La PCT se dosificaba tres veces por semana. Los tratamientos antibióticos instaurados en urgencias se suspendían si los valores de PCT eran inferiores a 0,5 µg/mL, en ausencia de datos de meningitis decapitada. A diecisiete pacientes, de 58 a los que se les inició tratamiento antibiótico, se les pudo suspender éste. A 15 de los 17 entre las 24 y 48 horas del inicio del tratamiento y a los dos restantes entre el 4º y el 10º día, con una duración media de 2,06 días de tratamiento antibiótico por paciente. Al grupo control se le realizaron los mismos exámenes complementarios a excepción de la PCT, que se dosificaba de forma diferida. Diecinueve de 41 pacientes fueron tratados con antibióticos pero la retirada de los mismos fue más tardía con una media de 4,47 días de tratamiento ($p < 0,005$).

Conclusión

La dosificación rutinaria de la PCT permite una reducción del tratamiento antibiótico instaurado con el fin de cubrir una

posible etiología bacteriana, en 2,4 días. El número de días de hospitalización evitados, al suspender precozmente el tratamiento antibiótico gracias a la cuantificación de la PCT, durante la epidemia de Mayo-Junio de 2000, ha sido de 40.

ENSAYO CLÍNICO CON LAMIVUDINA EN NIÑOS CON HEPATITIS B CRÓNICA

M. Jonas et al.

NEJM 346 (22): 1706-13

Este estudio multicéntrico internacional llevado a cabo en 40 hospitales americanos y europeos se ha realizado con el fin de demostrar la eficacia y seguridad de la lamivudina en niños con infección crónica por hepatitis B. La lamivudina, un análogo nucleósido, es una opción terapéutica en adultos con hepatitis B crónica y no ha sido empleado en pediatría.

A los 403 niños seleccionados se les asignó de forma randomizada con un ratio 2:1 tratamiento con lamivudina oral o placebo una vez al día durante 52 semanas. En este periodo de tiempo se establecieron controles evolutivos que también servían para valoración de posibles efectos secundarios.

La eficacia del tratamiento se comprobó al cabo de las 52 semanas siendo el objetivo primordial la consecución de la respuesta virológica, definida por la ausencia en suero de Ag Hbe y la reducción de HBVDNA a niveles indetectables. Los objetivos secundarios incluían la normalización en suero de los niveles de alanin aminotransferasa, la seroconversión de Hbe Ag en anti-Hbe con o sin pérdida de HBVDNA.

Los resultados mostraron que la respuesta virológica al final del tratamiento era mayor en los niños que recibieron lamivudina frente a los que tomaron placebo (23% frente a 13%, $p = 0,04$). Hubo así mismo, ma-

yor seroconversión de Hbe Ag en anti-Hbe, normalización de las cifras de alanin aminotransferasa así como mayor índice de supresión de HBVDNA. En cuanto a los efectos adversos, no hallaron diferencias entre el grupo tratado con lamivudina y el placebo. Estos resultados son superponibles a los descritos para el tratamiento en adultos.

El estudio concluye que en los niños afectados por Hepatitis B crónica, un año de tratamiento con lamivudina se asocia con una mayor respuesta virológica que el placebo.

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA NIFEDIPINA DE ACCIÓN CORTA EN NIÑOS HIPERTENSOS

D.W. Egger et al.

Pediatr Nephrol (2002) 17: 35-40

La nifedipina de acción corta, es un antagonista de los canales de calcio que está indicada en adultos para la angina crónica estable. A pesar de no estar aprobada por la FDA se utiliza ampliamente tanto en adultos como en niños en urgencias hipertensivas. El efecto antihipertensivo de la nifedipina de acción corta se comienza a notar a los 5-10 minutos tras la administración oral, alcanzando su efecto máximo entre 30 y 60 minutos después, para mantenerse su efecto durante 6 horas.

En el año 1995 se cuestionó la seguridad del tratamiento con nifedipina de acción corta, debido a un aumento del riesgo de infarto de miocardio en adultos. Se le asoció también en adultos con la aparición de enfermedad vascular cerebral, convulsiones, hipotensión severa y síncope. Sin embargo y a pesar del uso extenso de la nifedipina de acción corta en pediatría, apenas se han registrado efectos adversos en niños.

El propósito de este estudio es investigar el efecto de este fármaco sobre la presión arterial (PA) y valorar la incidencia de

efectos adversos en los niños tratados con hipertensión arterial en un hospital universitario de EE.UU.

Se realiza un estudio retrospectivo de los niños que desde Diciembre de 1994 a Junio de 1998 han recibido nifedipina de acción corta. Se registran la dosis recibida, las diferentes mediciones de PA y todos los efectos adversos ocurridos en las 6 horas siguientes a la administración de la nifedipina independientemente de que pudieran tener relación con la dosis administrada.

Los pacientes tratados son 166 y las dosis recibidas 1.746. La media de descenso de la PA sistólica es del 17% y de la diastólica del 28%. En cuanto a los efectos adversos, se recogen alteraciones neurológicas, hipotensión sintomática y desaturaciones de oxígeno. Las alteraciones neurológicas consistieron en accidente vascular cerebral, convulsiones y alteración del nivel de conciencia. Las presentaron 6 niños que padecían daño cerebral agudo severo en dos casos, enfermedad renal en otros dos y patología oncológica en otros dos casos.

Los efectos secundarios más llamativos tuvieron lugar en aquellos niños con patología subyacente más severa, cuyos procesos podían justificar por sí mismos su aparición.

Concluyen el estudio remarcando que la nifedipina de acción corta es un antihipertensivo oral eficaz que se puede administrar con seguridad en las urgencias hipertensivas en niños, siendo cautelosos en el caso de los pacientes con lesiones del sistema nervioso central.

PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE PETEQUIAS EN NIÑOS SANOS

A.J. Downes et al.

Arch Dis Child 2002; 86: 291-292

El objetivo de este artículo es determinar la prevalencia de manchas petequiales

en niños sanos; Un total de 116 niños menores de 12 meses fueron exhaustivamente examinados; se registraron el número y el lugar de las petequias junto con los signos de las posibles causas.

Resultados: el 27,6% de los niños tenían 1 o más petequias, el 8,6% 2 o más y el 2,6% más de 2. Ninguno de estos niños desarrolló una sepsis.

Los autores concluyen que muchos niños sanos examinados en la comunidad tienen manchas petequiales; en este sentido, presentar 1 o 2 petequias es común y no debe tomarse como patológico si no se presentan otros signos clínicos. El conocer este hecho puede ser de utilidad cuando nos encontremos este hallazgo.

EFFECTOS A CORTO PLAZO DE LA ADRENALINA EN BRONQUIOLITIS: ESTUDIO RANDOMIZADO CONTROLADO

A. Abul-Ainine et al.

Arch Dis Child 2002; 86: 276-279

La obstrucción de la vía aérea en la bronquiolitis aguda no responde a los broncodilatadores inhalados, pero sí a la adrenalina si la comparamos con los broncodilatadores. La influencia del tratamiento de sostén no ha sido considerada en estudios previos.

Se comparan los efectos a corto plazo de la adrenalina nebulizada y suero Salino como placebo en niños con bronquiolitis aguda moderada-severa.

Se evaluaron 38 niños, 19 en cada grupo. Después de la estabilización, los niños recibieron 1 dosis única de 3 cc de levoadrenalina o de SS al 0,9% como placebo; nebulizados con O₂ a 6 L/min durante 3 min. Se evaluaron cambios en la FR, FC, Sat de O₂, Signos de dificultad respiratoria y nivel de actividad cada 20 min. en los tiempos: -20, 0, 20, 40 y 60.

Se recogieron muestras virológicas y se realizó Rx de tórax.

Resultados: El tratamiento de sostén anterior al inicio del estudio redujo significativamente la FR y la FC, pero no hubo cambios en la Sat de O₂ ni en los signos de dificultad respiratoria. No hubo cambios adicionales en ningún parámetro en ningún grupo de tratamiento.

Conclusiones: No se objetivó mejoría con adrenalina nebulizada en niños con bronquiolitis, comparándola con medidas de sostén o con placebo. La mejoría que se apreció antes del tratamiento cuestiona si la mejoría se debió al tratamiento de sostén o a los tratamientos farmacológicos.

INTERVENCIÓN FAMILIAR Y PARENTAL EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA Y DELINCUENCIA: UN METAANÁLISIS DE ESTUDIOS RANDOMIZADOS, CONTROLADOS

S.R. Woolfenden et al.

Arch Dis Child 2002; 86: 251-256

El propósito del estudio es determinar si la intervención familiar y parental, beneficia a los niños y adolescentes con trastornos de conducta y delincuencia.

Se analizaron 8 estudios randomizados y controlados que incluían 749 niños

y adolescentes con edades entre 10-17 años.

Se evaluaron la criminalidad, el rendimiento académico, el empleo futuro, los problemas de comportamiento, el funcionamiento familiar, la salud mental de los padres y las relaciones con sus iguales.

La intervención familiar y parental redujo significativamente el tiempo que estos chicos pasaban en instituciones para delincuentes juveniles, el riesgo de arrestos y el porcentaje de arrestos en los siguientes 1-3 años.

Se concluye por tanto que esta intervención posee obvios efectos beneficiosos (siempre a costa de un coste económico para la sociedad).