

LACTANCIA MATERNA Y TRASTORNOS
ALÉRGICOS EN NIÑOS, ESTUDIO
PROSPECTIVO EN UNA COHORTE DE RN

Kull y cols.

Arch Dis Child 2002;87:478-481

El objetivo del estudio es investigar el efecto de la LM sobre los trastornos alérgicos en niños mayores de 2 años. Se realizó un seguimiento en 4089 RN, la información se recogió en forma de cuestionarios hechos a las familias sobre patologías alérgicas y alimentación.

Los niños alimentados con LM durante 4 o más meses presentaron menos asma, dermatitis atópica y rinitis alérgica a los 2 años. También se aprecia una reducción significativa del riesgo de asma en los alimentados con lactancia mixta más de 6 meses.

Los autores concluyen que la LM muestra un efecto preventivo para la presentación precoz de trastornos alérgicos como el asma, dermatitis atópica y rinitis alérgica así como un efecto protector para los trastornos alérgicos múltiples.

EL EFECTO DE LAS SANCIONES
SOBRE LOS NIÑOS DE IRAK

L Al-Nouri, Q Al-Rahim.

Arch Dis Child 2002;87: 92

Las sanciones fueron impuestas sobre el pueblo Iraquí en 1990, la mortalidad infantil se incrementó en 5 veces.

La guerra del golfo y las sanciones comerciales causaron un incremento de 3 veces en la mortalidad infantil en menores de 5 años, se estima que más de 46000 niños murieron entre enero y agosto de 1991

Un estudio publicado en BMJ de 1995 concluye que la muerte de mas de 560000 niños pueden atribuirse a las sanciones. Está también demostrado que la mortalidad

en menores de 5 años en Bagdad se incrementó en 5 veces desde el final de la guerra en 1991. Los datos de 1994-1995 muestran que la mortalidad perinatal fue de 131/1000 nacidos vivos, comparada con 56/1000 entre 1984-1989 antes de las sanciones.

Las razones del incremento de la mortalidad son claras: colapso económico con caída de los salarios, aumento del precio de los alimentos, sanidad deficiente, escasez de agua potable e inadecuados cuidados sanitarios.

Los nacimientos de niños de menos de 2500 gr se incrementaron del 9% en el periodo de 1980-88 al 21% en 1994. La malnutrición severa se aprecia en todos los rangos de edad. Se reportaron 1,6% de niños de menos de 5 años con ceguera nocturna(déficit de vit A), así como déficit de yodo...

Un estudio Psicológico(1991) reveló el nivel mas alto de estrés y patología psicológica de los 10 años previos.

También se incrementaron en 3 veces los casos de leucosis.

En 1998 1/3 de los hospitales se cerraron.

Los pediatras han sido aislados de la comunidad médica internacional. Los profesionales que han intentado acudir a conferencias internacionales han sufrido restricciones en los visados para países europeos y USA.

En 1990 las publicaciones europeas y americanas dejaron de llegar bruscamente.

Este embargo intelectual ha privado a los profesionales de los avances científicos y sus beneficios sobre la población.

EFICACIA DE ENRIQUECER CON ZN LAS
SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN ORAL EN
NIÑOS DE 6-35 MESES CON
GASTROENTERITIS AGUDA

Rajiv Bahl y cols

Pediatr 2002;141:677-82

El objetivo del estudio es determinar la eficacia de enriquecer con Zn las sales de

rehidratación (SRO) comparando con SRO sin Zn en niños en una zona urbana con una GEA leve. Es un estudio controlado doble ciego randomizado; se estudiaron 1219 niños y se randomizaron en 3 grupos, el 1º recibió Zn en jarabe, el 2º Zn en la SRO y el 3º grupo solo SRO. Los pacientes se valoraron 3 veces por semana durante el estudio.

El nº de deposiciones fue menor en el grupo Zn-SRO comparado con el grupo control.

El grupo de niños que tomó Zn en jarabe tuvo menor duración de la diarrea y en el nº de deposiciones que el grupo control.

Los autores concluyen que ZN-SRO fue moderadamente eficaz en reducir la severidad de la diarrea, sin cambios en la duración ni en la presencia de vómitos.

PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE
SUEÑO EN NIÑOS QUE PRESENTAN UN
ALTO RIESGO DE DESARROLLARLOS

M Nikolopoulou y cols.

Arch Dis Child 2003;88:108-111

El objetivo es identificar en la 1ª semana de vida factores de riesgo que anticipen el fracaso de "dormir durante la noche" a las 12 semanas de vida y demostrar si un programa de comportamiento incrementa la posibilidad de que estos niños puedan conseguir el "dormir durante la noche" a las 12 semanas.

La muestra fue de 316 RN. Los niños en que se encontraron factores de riesgo se randomizaron asignándose a unos el grupo de programa de comportamiento, siendo los otros el grupo control. En ambos grupos se comparó el sueño, el llanto y las tomas a las 12 semanas de vida. Los niños con mayor número de tomas en la 1ª semana de vida, tenía 3 veces más probabilidad de tener problemas de sueño que los del grupo control.

A las 12 semanas el 82% de los niños asignados al grupo de programa de comportamiento, comparado con el 61% de los del grupo control dormían durante la noche.

Los hallazgos fueron similares en los niños lactados a pecho y los de lactancia artificial.

Los autores concluyen que prevenir los trastornos del sueño puede ser mas barato que tratarlos después de que aparezcan. Este estudio prueba que pueden identificarse los niños de riesgo y tratarlos con un simple programa de comportamiento.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INHALADA CON EPINEFRINA COMPARADA CON ALBUTEROL Y SUERO SALINO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA

Hema Patel y cols.

The Journal of Pediatrics 2002 ; 141, (6):818-824

El objetivo del estudio fue comparar la efectividad de dosis repetidas de epinefrina (EPI) con el tto con albuterol (ALB) o SS placebo (PLAC).

Es un estudio controlado randomizado doble ciego. Los niños recibieron nebulizaciones cada 1-6 h. Se valoraron 2 veces al día. Los primeros resultados se evaluaron durante su estancia en el hospital, la evaluación posterior incluyó el tiempo de ingreso, la hidratación, oxigenación y signos de dificultad respiratoria.

Se estudiaron 149 niños: 50 recibieron EPI, 51 ALB y 48 PLAC. Los signos, síntomas y el tto antes de entrar en el estudio fueron similares para los diferentes grupos.

No se objetivaron diferencias en la evolución ni en los parámetros valorados en ninguno de los tres grupos.

Los autores concluyen que no hay evidencias de diferente efectividad en los distintos tratamientos en los niños hospitalizados con bronquiolitis. Basándose en estos resultados no se recomienda el uso rutinario de EPI ni ALB en este grupo de pacientes.

MENINGITIS PNEUMOCÓCICA Y RESISTENCIAS BACTERIANAS. MENINGITIS BACTERIANA POR *STREPTOCOCCUS* *PNEUMONIAE* RESISTENTE

D. Floret

Archives de Pédiatrie 2002; 9: 1166-1172

La aparición de cepas de neumococos resistentes ha provocado un cambio en los protocolos terapéuticos para el tratamiento de las meningitis bacterianas. La aparición de cepas parcialmente resistentes a las cefalosporinas de tercera generación (C3G) ha obligado a utilizar dos fármacos para el tratamiento inicial de las meningitis, recomendándose la asociación de C3G + vancomicina por su efecto sinérgico. Este es, por lo tanto, el tratamiento inicialmente recomendado en las meningitis en las que se sospeche la etiología neumocócica. El mantenimiento posterior de ambos fármacos se decidirá en función de la evolución y de la sensibilidad del germen.

Las cepas con alto nivel de resistencia (CMI C3G ≥ 4 mg/ml) y las cepas tolerantes a la vancomicina pueden estar en el origen de los fracasos terapéuticos, a pesar del aumento de la dosificación de C3G. La rifampicina, la fosfomicina, incluso el imipenem a pesar del riesgo de convulsiones, representan las alternativas terapéuticas, en la espera de la posibilidad de utilización de quinolonas activas sobre el neumococo y desprovistas de toxicidad.

La corticoterapia ha sido acusada no hace mucho de las recaídas de meningitis neumocócica y su utilización es discutible, dada la falta de evidencia de un efecto beneficioso.

El fenómeno de la resistencia hace que se modifique el seguimiento y los exámenes a realizar con las meningitis por neumococo: en toda cepa aislada en LCR se debe hacer un estudio de posible resistencia a penicilina y una determinación de la CMI para C3G. Se debe hacer un control de LCR entre las 36 y 48 horas para comprobar la esterilización del mismo. Los estudios realizados hasta el momento demuestran una evolución similar entre las meningitis causadas por neumococos sensibles y las causadas por gérmenes resistentes, aunque esta afirmación debe ser interpretada con prudencia, ya que los estudios no diferencian entre resistencia a penicilina y resistencia a C3G, siendo esta última resistencia, la relativa a las C3G, lo que representa el verdadero problema terapéutico, aunque por el momento son muy poco frecuentes. La nueva vacuna neumocócica conjugada, si se confirma capaz de disminuir al circulación de cepas de neumococo resistentes, debería cambiar radicalmente la situación.

LOS ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA: ¿CÓMO IDENTIFICAR A AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN PELIGRO?

C. Stheneur, D. Vernant

Archives de Pédiatrie 2002;9: 755-758

Los estudios indican, que anualmente, uno de cada cinco adolescentes franceses declara haber sido víctima de un accidente por el que ha necesitado algún ti-

po de intervención médica. Los accidentes constituyen el primer motivo de consulta en las urgencias entre 12 y 19 años. A pesar de ser tan frecuentes estas consultas por accidentes, un reciente estudio ha constatado que los adolescentes que han tenido accidentes de repetición tienen más ansiedad, sentimientos depresivos y comportamientos de búsqueda de emociones fuertes que los que sólo habían consultado únicamente en una ocasión. Aunque los trabajos indican que es normal que todo adolescente en un contexto determinado realice prácticas de riesgo, la repetición de estas prácticas indica una extrema fragilidad emocional, que debe hacer actuar sin demora a médicos de urgencias, traumatólogos y pediatras, en colaboración con los servicios dedicados al adolescente.

En el Servicio de Urgencias del Hotel-Dieu de París, han realizado un cuestionario, que pasaban a todos los jóvenes, entre 15 y 21 años, con el fin de identificar a los adolescentes en riesgo. Además de actuar sobre el motivo de la urgencia, fuera el que fuese, se le entregaba el cuestionario. Las preguntas tratan sobre las consultas en servicios médicos en el último mes, sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas, sobre trastornos del estado de ánimo y molestias somáticas diversas. Si de las 15 preguntas realizadas la respuesta es positiva en 6 o más de ellas, se alertan los servicios de salud juvenil y el adolescente es enviado a ellos o se le concierta una cita con dichos servicios.

Los autores concluyen, a pesar de ser una experiencia reciente, en que la metodología propuesta consigue no sobrecargar de trabajo a los médicos de urgencia, sensibilizarles en cuanto a la problemática de los adolescentes y derivar a los que se encuentran en una situación de riesgo hacia los servicios específicos de atención a adolescentes.

TRATAMIENTO DEL NIÑO AFECTO DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: MODO DE ACCIÓN Y PUNTOS DE LOCALIZACIÓN DE LAS INYECCIONES PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO

P. Carrelet, G. Bollini, J. Mancini, B. Chabrol

Archives de Pédiatrie 2002; 9:928-933

Numerosos estudios han probado la eficacia de las inyecciones de toxina botulínica tipo A en la disminución de la espasticidad en niños parálisis cerebrales y, en ciertos casos, permite no sólo la adquisición de un movimiento más armonioso sino también retrasar la aparición de retracciones. La toxina botulínica inyectada en un músculo espástico provoca en él una paresia flácida que permite, además de su estiramiento, la acción más eficaz de los músculos antagonistas y, en el mejor de los casos, se puede conseguir en el niño un nuevo esquema motor. Por otra parte, la duración de la acción de la toxina puede permitir elongar un músculo y diferir la cirugía como único medio para conseguir ese fin. El principal factor limitante en su uso es el elevado número de músculos en los que se ha de actuar en casos de espasticidad difusa y su efecto transitorio, lo que hace necesario las inyecciones repetidas.

Se debe fijar un objetivo claro para el tratamiento. Dependiendo de la situación previa del niño, el objetivo puede ser permitir la separación de las caderas para facilitar los cuidados higiénicos, mejorar la estabilidad en la posición de sentado o facilitar la marcha.

La evaluación inicial de los resultados se debe realizar un mes después para valorar el efecto directo de la toxina en los músculos y, posteriormente, se debe realizar una segunda evaluación a los 5 meses, cuando ya no está presente el efecto de la

toxina, con el fin de observar el efecto residual del estiramiento del músculo que ha recibido el tratamiento y el trabajo realizado con los músculos antagonistas.

Existen dos tipos de toxina: la toxina Botox[®] y la Dysport[®]. El ratio de eficacia es de 3/1, de manera que 100 UI de Botox[®] tiene una eficacia similar a 300 UI de Dysport[®] y las dosis máximas a administrar son de 25 UI/kg en la toxina Botox[®] y 45 UI/kg en la Dysport[®]. El intervalo entre dos sesiones no debe ser nunca inferior a tres meses, aconsejándose que éste oscile entre 6 y 12 meses.

Como conclusión afirman los autores que hoy en día está unánimemente aceptado que las inyecciones de toxina botulínica contribuyen a mejorar las posibilidades de deambulación de los niños con parálisis cerebral, retardan la aparición de contracciones fijas y contribuyen a mejorar los cuidados higiénicos en estos niños.

CRÍTICA DE LIBROS

OSASUNAZ-CUADERNOS DE CIENCIAS MÉDICAS / EUSKO IKASKUNTZA / SOCIEDAD DE ESTUDIOS VASCOS. N. 5., DONOSTIA, 2003
ISSN: 1577-8533

Los Cuadernos de Sección de Ciencias Médicas-OSASUNAZ recogen las actividades realizadas por dicha sección científica de Eusko Ikaskuntza / Sociedad de Estudios Vascos. El presente volumen se centra, fundamentalmente, en las ponencias presentadas a las 3ª Jornadas "Salud y Sociedad-Osasuna eta Gizartea" sobre el niño hospitalizado, que tuvieron lugar en el Hospital Virgen del Camino, Iruñea/Pamplona, el 26 de Octubre de 2001. A exponer el contenido de las mismas dedicaremos el siguiente comentario.

Realizó la presentación del acto el Dr. José Emilio Olivera, Jefe del Servicio de Pe-

diatría del Hospital Virgen del Camino y expresidente de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. En su reflexión inicial se plantearon las dudas sobre si todos los ingresos eran o no justificados, estimando que uno de cada seis niños podría haber sufrido un ingreso inadecuado. La disminución de los ingresos no hace que disminuya la actividad global del hospital, porque esa disminución se ve compensada con el aumento simultáneo de las consultas externas y la hospitalización de día, con lo que se ofrece al niño una asistencia hospitalaria de calidad, evitando su ingreso.

El Dr. Manuel Palacio Pina, ex-director de este Boletín y Jefe de la Sección de escolares y preescolares del Hospital Donostia, analizó el pasado de la hospitalización infantil y sus perspectivas de futuro, sintetizando su intervención en los tres pilares que, a su juicio, serán la base de la hospitalización infantil en el futuro, como son la imprescindibilidad, limitación en el tiempo y acompañamiento familiar.

A continuación, el Dr. Gorrotxategi trató de exponer las opiniones que los niños, en caso de niños con capacidad verbal, o sus padres, en caso de los niños sin esa capacidad, tienen de la hospitalización infantil. Tras hacer un recorrido por los derechos del niño hospitalizado y exponer su grado de cumplimiento, recogió una serie de artículos en los que, por medio de encuestas, conocemos las preocupaciones, tanto en padres como en niños, sobre la hospitalización. Un aspecto más humano de dicha intervención fue la lectura de una serie de redacciones realizadas por niños hospitalizados en el hospital Donostia, que corroboran los resultados de las encuestas previas.

Los aspectos éticos y sociales de la hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos fueron analizados por la Dra. M^a Teresa Hermana, Jefe de la

UCIP del Hospital de Cruces. Describió la repercusión que tiene el ingreso en una UCIP, tanto para el niño como para su familia y apuntó las formas de paliar o eliminar esas repercusiones. Describió, asimismo, los conflictos éticos que se producen en dichas unidades y la forma de afrontarlos.

El ingreso en otro tipo de unidad conflictiva, las Unidades Neonatales, fue el tema abordado por la Dr. Carolina de Castro, de la Unidad Neonatal del Hospital de Cruces. Los pilares para favorecer el desarrollo del recién nacido ingresado en estas Unidades, en opinión de la Dra. de Castro, son evitar el dolor y el sobreestímulo sensorial (táctil, visual y auditivo), facilitar la lactancia materna y favorecer el vínculo del recién nacido con sus padres, exponiendo los medios que se han establecido en su unidad para lograr esos objetivos.

El papel de la enfermería en la atención al niño crítico, tanto el ingresado en las UCIP como en las Unidades Neonatales, fue abordado por las enfermeras Lourdes Fernández Santamaría y Carmen Pérez Tudanca, ambas del Hospital Donostia. Su exposición se centró, fundamentalmente, en su experiencia en el cuidado de niños en estas unidades, haciendo mucho hincapié en la faceta psicológica del ingreso y la forma de abordarla desde la enfermería.

Para finalizar con los aspectos médicos de la hospitalización infantil, se trató un tema de máxima actualidad en el cuidado del niño enfermo, como es la evitación del dolor en los procedimientos médicos. La ponencia sobre este tema estuvo a cargo de los doctores Javier Molina, María Sagasetta y colaboradores, de la Unidad de Oncología Infantil del Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Analizaron tanto los métodos psicológicos como los farmacológicos en la eliminación del dolor, concluyendo que la analgesia preventiva en los niños conlleva

una disminución de la morbilidad en el ámbito hospitalario.

Finalizadas las ponencias puramente médicas, se pasó a las que abordaron aspectos más sociales o familiares de la hospitalización infantil. Las profesoras Olga Lizasoain y Belén Ochoa, de la Universidad de Navarra, presentaron los factores asociados a la enfermedad y a la hospitalización infantil, que inciden, a su vez, en el proceso de ajuste de la enfermedad y su impacto en la vida personal y social de los que la padecen, dejando constancia de la necesidad de la intervención pedagógica en este campo. Las mismas autoras, en una segunda ponencia, se refirieron más concretamente a los problemas psico-sociales, conductuales y educativos que se producen en las familias de los niños enfermos crónicos y hospitalizados, proponiendo la participación del Pedagogo Hospitalario en la labor de la atención a la familia desde un punto de vista multidisciplinar, así como en la atención integral al enfermo infantil hospitalizado.

Se finaliza el relato de las ponencias de la Jornada sobre el niño Hospitalizado con dos Asistentes Sociales, la primera responsable de la Asociación Navarra de Niños con cáncer (ADANO) y la segunda de la Asociación Guipuzcoana de niños con deficiencia mental (ATZEGI). La primera recalcó la situación de crisis que se produce ante el diagnóstico de un cáncer en un niño y la necesidad de exponer los recursos personales y materiales de que se disponen para atender tanto al niño como a su familia, con el fin de facilitar la adaptación familiar a esa nueva e inesperada situación. La segunda, dedicó su exposición a la forma de afrontar la presencia de deficiencia mental en un bebé, la forma de dar la noticia a los padres, de ofrecerles información y de ofrecerles una acogida afectiva y humana que facilite la aceptación de una realidad no deseada.