

Revistas

Estudio de la infección tuberculosa en una zona de gran incidencia de tuberculosis y con un elevado porcentaje de inmigrantes.

Masvidal RM, Miguel B, Vall M, y cols.
An Pediatr (Barc) 2004; 60: 22-7

Tratamiento del dolor: oportunidades y retos.

Pain treatment: opportunities and challenges.
Kharasch S, Saxe G, Zuckerman B.
Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157(11):
1054-1056

Penicilina para tratar la faringitis aguda.

Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial.
Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW.
BMJ 2003;327:1324-0

Bronquitis sibilante en niños: ¿una entidad clínica peculiar con repercusión a lo largo de la vida?

Wheezy bronchitis in childhood: a distinct clinical entity with lifelong significance?
Edwards CA, Osman LM, Godden DJ, Douglas JG.
Chest 2003; 124: 18-24

Capacidad de los hallazgos clínicos para predecir el patógeno causante de la otitis media aguda.

Association of clinical signs and symptoms with bacterial findings in acute otitis media.
Palmu AA, Herva E, Savolainen H et al.
CID 2004; 38: 234-42

El test del parche para atopía en la detección de alergia a las proteínas de leche de vaca con síntomas digestivos.

The atopy patch test for detection of cow's milk with digestive symptoms.
De Boissieu D, Wagnet JC, Dupont C.
J Pediatr 2003; 192(2): 203-8

Hipovitaminosis D en lactantes pequeños con lactancia materna exclusiva y en sus madres en época estival: justificación para la profilaxis con vitamina D de los niños lactados al pecho.

Hypovitaminosis D in exclusively breast feeding infants and their mothers in summer: a justification for vitamin D supplementation of breast feeding infants.

Dawodu A, Agarwal M, Hossain M, Kochiyil J, Zayed R.
J Pediatr 2003; 142(2): 169-174

Obesidad infantil y juvenil en España.

Resultados del estudio enKID (1998-2000).
Serra Majem LI, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J y cols.
Med Clin (Barc) 2003; 121: 725-32

Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona.

Rebel Fasting J, Reverté Simó M, Piñas Forcadell I, Ortí Llavería A, González Gavilán L y Contreras Barbata E.
Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 373-382

Autismo y vacunas que contienen thimerosal: falta de evidencia consistente de una asociación.

Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association.
Stehr-Green P, Tull P, Stellfeld M et al. Am J Prev Med 2003; 25:101-6

Asociación entre vacunas que contienen thimerosal y autismo.

Association between thimerosal-containing vaccine and autism.
Hviid A, Stellfeld M, Wohlfahrt J, Melbye M. JAMA 2003; 290: 1763-6

Seguridad de las vacunas que contienen thimerosal: un estudio en dos fases de las bases de datos informáticas de la organización para el mantenimiento de la salud.

Safety of thimerosal-containing vaccines: a two-phased study of computerized health maintenance organization databases.

Verstraeten T, Davis RL, DeStefano F, et al. *Pediatrics* 2003; 112:1039-48

Limitaciones de abastecimiento de la vacuna neumocócica conjugada: recomendación de suspensión de la cuarta dosis.

Notice to readers: limited supply of pneumococcal conjugate vaccine: Suspension of recommendation for fourth dose.

MMWR 2004;53(february 13):108-109

Puesta al día de las recomendaciones para el uso de vacuna conjugada neumocócica: recomendación de suspensión de la tercera y cuarta dosis.

Updated recommendations on the use of pneumococcal conjugate vaccine: suspension of recommendation for third and fourth dose.

MMWR 2004; 53(march 2): 1-2

Libros

Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) Libro Blanco 2.^a edición

Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMPSI de la AEP)
Monografías de la Asociación Española de Pediatría, n.º 4, año 2003.

Atlas de otoscopia.

Manuel Tapia Risueño

Ergon, 2003

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA
EN UNA ZONA DE GRAN INCIDENCIA
DE TUBERCULOSIS Y CON UN ELEVADO
PORCENTAJE DE INMIGRANTES

Masvidal RM, Miguel B, Vall M, y cols.
An Pediatr (Barc) 2004; 60: 22-7

Durante los años 1999 y 2000, peditras de un Centro de Atención Primaria del distrito Ciutat Vella de Barcelona realizaron la prueba tuberculínica a 699 menores de 16 años (según censo, la zona estudiada contaba en el año 2000 con 1.813 menores de 16 años). Históricamente, es una zona con una elevada incidencia de tuberculosis, y, en los últimos años, también con una elevada proporción de inmigrantes. Así, de los 699 niños, 128 eran inmigrantes (19,3 %) y 571 (81,7 %) habían nacido en España, pero de éstos, 212 eran hijos de inmigrantes. Consideraron positiva la induración superior a 4 mm en no vacunados o mayor de 14 en vacunados de BCG (con algunas excepciones que se señalan). El 96 % se realizaron por cribado, el 3 % por estudio de contactos y el 1% por síntomas indicativos de tuberculosis. Encontraron 24 pruebas positivas (3,4 %), de las cuales 23 fueron por cribado y una por estudio de contactos. La prevalencia entre inmigrantes fue del 4,7 % y entre los nacidos en España del 3,2 % (diferencia no significativa). Según país de

procedencia, tan sólo fue significativamente mayor en los hijos de filipinos (7 %). Dentro de los nacidos en España, la prevalencia entre hijos de padres españoles fue del 2,2 % frente al 5 % entre hijos de inmigrantes (diferencia no significativa). De los 24 niños con prueba positiva, se detectaron tres con enfermedad tuberculosa. En el estudio de contactos, de esos tres, sólo se encontró un adulto enfermo. En la discusión mencionan, entre otros aspectos de interés, los problemas de sensibilidad y especificidad que dificultan la interpretación de la prueba. Concluyen que, según los criterios utilizados, los inmigrantes, en general, no presentaron mayor riesgo de infección tuberculosa que los nacidos en España. Sin embargo, dicen que seguirán realizando la prueba de cribado a los 2, 4, 6, 8, 12 y 14 años de edad a los inmigrantes o hijos de inmigrantes, y a los 4, 6, 10 y 14 años a los hijos de autóctonos.

Nota del redactor: el grupo PrevInfad de la AEPap (<http://www.aepap.org/previnfad/TBC.htm>) aconseja realizar cribado sistemático cuando la prevalencia de infección es superior al 1 % a los seis años, aunque señalan como una alternativa posible realizarlo de manera sistemática a los adolescentes de 14 a 16 años. Los autores de este artículo no mencionan cuál es la prevalencia a los

seis años en su población. Por otra parte, suponiendo que estuviera indicado el cribado, la ausencia de significación estadística debería traducirse en unas edades de cribado similares en las poblaciones estudiadas: la de inmigrantes o hijos de inmigrantes y la de autóctonos. Un tema siempre polémico.

TRATAMIENTO DEL DOLOR: OPORTUNIDADES Y RETOS

Pain treatment: opportunities and challenges

Kharasch S, Saxe G, Zuckerman B.
Arch Pediatr Adolesc Med 2003;
157(11): 1054-1056

Pocas cosas hay más útiles en el trabajo diario que aliviar el dolor de los pacientes. En este trabajo los autores hacen un repaso sobre el tratamiento del dolor agudo en los niños.

La primera parte trata del dolor extremo que se padece por quemaduras, traumatismos, cáncer, crisis falciformes y algunos procedimientos: la aspiración de médula ósea y el cambio de vendaje en las quemaduras. El dolor extremo puede originar un síndrome de estrés postraumático cuyo impacto en otras áreas de la vida del niño (comportamientos relacionados con la salud, resultados escolares y relaciones interpersonales) no es bien conocido, pero posiblemente es alto. Es-

to implica la necesidad de reducir rápidamente este tipo de dolor e, incluso, tratarlo anticipadamente si fuera posible. El uso de morfina en alguna de estas situaciones parece prevenir el síndrome de estrés postraumático y reducir notablemente la morbilidad subsiguiente.

En la segunda parte trata la necesidad de prevenir o aliviar el dolor leve a moderado en las enfermedades y procedimientos médicos comunes, incluidas las inmunizaciones y, especialmente, las dosis múltiples. Se desmontan algunos mitos y se sugieren tratamientos simples y que no exigen mucho tiempo, como vaporizadores de frío para las inmunizaciones, nuevos anestésicos tópicos de acción rápida para la venopunción (ELAMAX, lidocaína 4 %), soluciones azucaradas para la punción del talón en niños pequeños dos minutos antes, etc.

Se recuerda que los niños sienten dolor y responden biológicamente igual que los adultos desde las 24 semanas de gestación, aunque parecen sentir dolor desde, aproximadamente, la semana 19. Los recién nacidos expuestos a experiencias dolorosas responden con mayor distress y anticipan más el dolor ante las inmunizaciones rutinarias comparados con el grupo control. El seguimiento de niños pretérmino y con bajo peso natal expuestos a procedimientos

invasivos demuestran un umbral disminuido ante el dolor y mayor tendencia a la somatización desde muy pequeños.

Por último, describen el programa "Sin dolor" llevado a cabo en el Hospital Universitario de Boston cuyo objetivo es minimizar el dolor asociado a procedimientos mediante el compromiso y el entrenamiento de todo el personal sobre el uso rutinario de medidas farmacológicas y no farmacológicas.

PENICILINA PARA TRATAR LA FARINGITIS AGUDA.

Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial.

Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW.

BMJ 2003; 327: 1324-0

Estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo, diseñado para evaluar la efectividad de la penicilina en pautas de tres ó siete días en la resolución del síntoma odinofagia en niños. Compararon en el estudio 156 niños de cuatro a quince años de edad, con dolor de garganta de menos de siete días de duración y con al menos dos de estos criterios: fiebre, ausencia de tos, adenopatías cervicales y exudado amigdalares. Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de estos grupos: penicilina siete días, penicilina tres días seguidos de placebo

cuatro días, y placebo siete días. Se midió la duración de los síntomas, el consumo de analgésicos, la pérdida de jornadas escolares, la aparición de secuelas estreptocócicas, la erradicación del patógeno inicial y la recurrencia de los síntomas en los seis meses siguientes. Los resultados obtenidos indican que los niños tratados con penicilina no presentaron una mejoría del dolor de garganta más rápido comparado con placebo, ni siquiera en los 96 niños con infección por estreptococo A. Por el contrario, los niños tratados con penicilina sí presentaron menor incidencia de complicaciones estreptocócicas comparado con el grupo placebo.

BRONQUITIS SIBILANTE EN NIÑOS:

¿UNA ENTIDAD CLÍNICA PECULIAR CON REPERCUSIÓN A LO LARGO DE LA VIDA?

Wheezy bronchitis in childhood: a distinct clinical entity with lifelong significance?

Edwards CA, Osman LM, Godden DJ, Douglas JG.

Chest 2003; 124: 18-24

No se conoce bien cuál es la evolución natural de las enfermedades sibilantes de la infancia. Hasta finales de los años 60 no se consideraba asma la "bronquitis sibilante". Desde entonces, dada la preocupación por tratar insuficientemente el asma, se la consideró dentro del diagnós-

tico de asma, pero últimamente se vuelve a reconocer que hay diferentes síndromes clínicos, ya que se han descrito estados sibilantes del lactante que no determinan posteriormente asma ni alergia.

En Aberdeen (Escocia), a principios de los años 60 se realizó un estudio en el cual se preguntó a los padres de niños de diez a quince años si habían escuchado alguna vez pitos a sus hijos. Encontraron que 288 niños habían tenido pitos (6 %) y 2223 no. Después de un examen médico, estos chicos fueron diagnosticados bien de asma, usando este término en aquellos con disnea recidivante de tipo obstructivo sin ninguna otra causa demostrable, o bien de "sibilancias sólo asociadas a infección respiratoria alta", siendo este último diagnóstico el equivalente a lo que se denominaba habitualmente entonces "bronquitis sibilante". En 1989 se volvió a examinar a esta cohorte y se encontró que la función respiratoria de los diagnosticados de bronquitis sibilante era similar a la de testigos sanos, mientras que era peor en los etiquetados de asma. En este artículo publican los resultados del estudio de 177 adultos de 45 a 50 años de la misma cohorte realizado en 1991. Tras corregir por edad, altura, sexo, nivel socioeconómico, tabaquismo (nunca fumadores, exfumadores, fumadores actuales y número de paquetes al año), en-

cuentran que el FEV1 del grupo con asma infantil era, en este momento, significativamente más bajo que el del grupo con bronquitis sibilante y que el del grupo testigo. Entre el grupo de bronquitis sibilante y el testigo no hubo diferencias significativas, pero desde 1989 a 1991, tanto el grupo con asma como con bronquitis sibilante habían experimentado un descenso significativamente mayor del FEV1 que el grupo testigo. Por ello, concluyen que las personas con bronquitis sibilante infantil que consiguieron una función respiratoria normal en las primeras etapas de su vida adulta sufren un deterioro posterior más rápido de la misma que los testigos sanos, por lo que es posible que desarrollen una enfermedad respiratoria obstructiva con la edad.

CAPACIDAD DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS PARA PREDECIR EL PATÓGENO CAUSANTE DE LA OTITIS MEDIA AGUDA.

Association of clinical signs and symptoms with bacterial findings in acute otitis media.

Palmu AA, Herva E, Savolainen H et al.
CID 2004; 38: 234-42

Diversos virus y bacterias se han documentado como agentes causantes de la Otitis Media Aguda (OMA). Las bacterias más importantes en esta patología son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophi-*

lus influenzae y *Moraxella catarrhalis*. El planteamiento terapéutico se hace sobre la base de una predicción de cuál es el patógeno más probable a partir de los datos clínicos relevantes en cada caso.

Se hizo un seguimiento a 831 lactantes de dos meses de edad hasta que cumplieron los dos años. De los niños que completaron el estudio (799) y durante los 22 meses de seguimiento se diagnosticaron 2442 episodios de OMA y se obtuvieron 2595 muestras de exudado de oído medio para cultivo. Finalmente, se evaluaron 1624 episodios de OMA, 2335 muestras de exudado de oído medio y se registraron los datos clínicos relevantes de cada caso.

Los resultados confirman, por una parte, a las bacterias antes mencionadas como los patógenos bacterianos más frecuentes y, por otra, que no es posible predecir con seguridad una causa bacteriana a partir de los datos clínicos. No obstante, sí que aportan una ayuda importante a la hora de predecir la bacteria causante en algunas situaciones clínicas: el neumococo es el agente más probable en los episodios de OMA más severos (fiebre y otalgia); y *H. Influenzae* es el patógeno más probable si acompañan síntomas oculares.

Los autores proponen un algoritmo de tratamiento: si se acompaña de fie-

bre alta o de cambios severos en la membrana timpánica, asignan el caso a una causa neumocócica (y su tratamiento correspondiente); de los casos restantes, si se acompaña de conjuntivitis, asignan a *H. Influenzae* (y su tratamiento correspondiente); los demás casos probablemente tendrán un cultivo del exudado de oído medio negativo. La aplicación de este algoritmo en 828 casos de OMA (la mitad de los incluidos en el estudio) pudo predecir el agente causante correctamente en el 52 % de los casos.

EL TEST DEL PARCHE PARA ATOPIA EN LA DETECCIÓN DE LA ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS.

The atopy patch test for detection of cow's milk with digestive symptoms.

De Boissieu D, Wagnet JC, Dupont C.
J Pediatr 2003; 192(2): 203-8

Los autores estudian un grupo de 35 niños pequeños sospechosos de padecer alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) con síntomas exclusivamente digestivos (cólico, diarrea, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, fallo de medro). Hacen tests cutáneos (prick) y de inmunoglobulina específica (RAST) para detectar la presencia de anticuerpos reagínicos antes de comenzar la prueba. El diag-

nóstico de APLV se considera únicamente tras la evidente mejoría de los síntomas bajo dieta exenta de leche y la recaída tras exposición progresiva. En los casos dudosos (cuatro), hacen una prueba doble ciego controlada con placebo. 24 niños son diagnosticados con este criterio.

Sólo tres de los 24 tuvieron un RAST positivo y en los doce a los que se había hecho prick los resultados fueron negativos. Por el contrario, en 19 de los 24 fue positivo el test del Parche para atopia y sólo lo fue en uno de los once en que se había descartado el diagnóstico. El estudio manifiesta una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 91 % para esta prueba de hipersensibilidad retardada en el diagnóstico de APLV sin lesiones cutáneas, lo que la hace mucho más rentable que los tests reagínicos. Es especialmente útil en los casos dudosos o en entidades habitualmente no catalogadas como alérgicas. Un mayor uso de estas pruebas en presencia de síntomas digestivos aislados puede mejorar la detección de condiciones relacionadas con la APLV, aunque todavía es necesaria una mayor estandarización de esta prueba para diagnosticar mejor y tratar problemas que tienen alta prevalencia en la primera infancia.

HIPOVITAMINOSIS D EN LACTANTES
PEQUEÑOS CON LACTANCIA MATERNA

EXCLUSIVA Y EN SUS MADRES EN ÉPOCA ESTIVAL: JUSTIFICACIÓN PARA LA PROFILAXIS CON VITAMINA D DE LOS NIÑOS LACTADOS AL PECHO.

Hipovitaminosis D in exclusively breast-feeding infants and their mothers in summer: a justification for vitamin D supplementation of breast-feeding infants.

Dawodu A, Agarwal M, Hossain M, Kochiyil J, Zayed R.

J Pediatr 2003; 142(2): 169-174

Así como en los países desarrollados se considera una rareza la deficiencia de vitamina D en los niños de raza blanca lactados exclusivamente al pecho, en los países de la península arábiga y sur de Asia el raquitismo es bastante común, reconociéndose como factores de riesgo la lactancia prolongada sin suplementos de vitamina D, la deficiencia materna de la misma y la escasa exposición solar.

En este estudio llevado a cabo en los Emiratos Árabes Unidos se estudian 90 parejas madre sana-hijo nacido a término de cuatro a 16 semanas de edad, lactado exclusivamente al pecho y sin suplementos de vitamina D. El estudio fue realizado en los meses de verano cuando se espera que el déficit sea menor. La mayoría de las mujeres usaban vestimentas que cubrían completamente el cuerpo a excepción de manos y pies. Se encontró

que el 59 % de las madres procedentes de áreas urbanas padecían deficiencia de vitamina D frente a ninguna de las procedentes del área rural. Los niños con hipovitaminosis tenían niveles más altos de fosfatasa alcalina y PTH, valores que pueden usarse como marcadores precoces del déficit al ser más asequibles que la determinación de colecalciferol sérico. Los datos confirman la hipótesis de la prevalencia de hipovitaminosis D en niños lactados exclusivamente al pecho y que no reciben suplementos, así como la posibilidad de usar marcadores bioquímicos precoces de déficit de vitamina D. Estos datos justifican la profilaxis rutinaria de los niños y quizás también de las madres en ésta y otras poblaciones de características similares que deben ser consideradas como de alto riesgo.

El estudio es útil en nuestro medio debido a la creciente proporción de niños de piel oscura y de poblaciones donde las mujeres reciben poca irradiación solar debido a vestimentas tradicionales de sus países de origen.

OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL ESTUDIO ENKID (1998-2000).

Serra Majem LL, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J y cols.

Med Clin (Barc) 2003; 121: 725-32

El estudio enKID se llevó a cabo con el

propósito de evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantojuvenil española entre 1998 y 2000. Es un estudio transversal de una muestra representativa de 3.534 individuos de dos a 24 años de edad. La obesidad y el sobrepeso se definen como valores del índice de masa corporal (IMC) iguales o superiores a los percentiles 97 y 85 respectivamente, según las tablas de referencias españolas de Hernández et al. de 1988.

La prevalencia de obesidad en España es del 13,9 % (y la de sobrepeso y obesidad del 26,3 %). La prevalencia es mayor en varones que en mujeres (15,6 % y 12 % respectivamente). La obesidad es mayor en los jóvenes de seis a trece años de edad, en los niveles socioeconómicos y de estudios más bajos y entre los que no desayunan o desayunan mal. Ponen de manifiesto que son cifras de prevalencia medias en relación con otros países de nuestro entorno y destacan el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las últimas décadas, en particular, en varones y en edades puberales.

EVALUACIÓN PRE-POST DE UNA ACTIVIDAD PREVENTIVA DE LA INFECCIÓN POR VIH DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DE LAS COMARCAS DEL SUR DE TARRAGONA
Rebel Fasting J, Reverté Simó M, Piñas

Forcadell I, Ortí Llavería A, González Gavilán L y Contreras Barbeta E.

Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 373-382

Estudio preexperimental que tiene como objetivo evaluar la efectividad de una actividad educativa en adolescentes para mejorar sus creencias y actitudes sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Durante el curso 2000-2001, en dos comarcas de la provincia de Tarragona realizaron un taller participativo de una hora y media de duración a 896 alumnos de 4.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria y 1.º de Bachillerato, aproximadamente la mitad del total de los alumnos de estas edades matriculados en los 19 centros educativos de la zona.

El taller (variable independiente), basado en el "Modelo de Creencias de Salud", se realizó en una sola sesión, teniendo en cuenta las preguntas formuladas por los alumnos, con apoyo de material audiovisual y de juegos de rol.

Inmediatamente antes de la realización de los talleres, se administró un cuestionario (pretest), que se había validado en un estudio anterior de otros autores con una población que se consideró semejante. Al cabo de seis meses se volvió a realizar el test, esta vez enviándolo por correo. La diferencia en las puntuaciones entre el pretest y el pos-

test se utiliza como medida de la variable dependiente (cambio de actitudes y creencias, atribuibles en principio a la intervención o variable independiente).

El cuestionario constaba de 19 preguntas cerradas: ocho sobre conocimientos de la infección, seis sobre su prevención y cinco sobre actitudes, con tres opciones de respuesta: verdadero, falso o no sabe.

Los resultados muestran una mejoría tras la intervención en algunos aspectos:

En cuanto a las actitudes, hay una mejoría significativa en cuatro de los cinco ítems y empeoramiento en uno.

En cuanto a conocimientos sobre la enfermedad, se obtiene mejoría en un 50 % de las respuestas y en el resto empeoramiento o nulo efecto.

Por último, en los conocimientos sobre prevención, sólo hubo mejoría en uno de los seis ítems.

Los autores concluyen que la educación preventiva en forma de talleres puede ser un instrumento útil para aumentar conocimientos y mejorar actitudes sobre la infección por VIH.

Nota del redactor. Muy osadas parecen las conclusiones de los autores con la pobreza de los resultados que ellos mismos presentan.

Por otro lado, la validez interna de este tipo de diseños, pretest-postest sin grupo control, es escasa, con múltiples

sesgos de selección, de la aplicación de pruebas, de maduración, de regresión estadística, etc. Finalmente, tampoco se sabe nada sobre el mantenimiento del efecto a largo plazo.

Es importante basar la dotación de los programas de educación sanitaria en evidencias sólidas de su efectividad, dado el consumo de recursos que suponen.

Thimerosal y autismo

A finales de los 90 algunos autores buscaron una relación causal entre la vacuna del sarampión y el autismo. Aunque nunca se llegó a demostrar, la noticia trascendió a los medios de comunicación, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos. En Inglaterra la alarma creada seguramente fue responsable de un descenso de la cobertura vacunal con triple vírica (Campins M. Grupos antivacunación y argumentos para rebatirlos. En: Vacunas 2000. Campins M y Moraga FA eds. Prous Science, Barcelona 2000, 217-28).

En un artículo publicado recientemente por un periódico nacional se comenta la posible relación entre el mercurio de algunas vacunas y el autismo. El timersal, timerosal o thimerosal (esta última es la palabra clave adecuada para búsquedas bibliográficas) es etilmercurio, un desinfectante que, hasta hace pocos años, llevaban numerosas vacunas, especialmen-

te, los frascos multidosis (García FJ, Moreno D. Urgencias asociadas a la administración de vacunas. En: Vacunas 2002. Campins M y Moraga FA. Prous Science, Barcelona 2002, 97-112). Es evidente que el mercurio es tóxico. Las sales orgánicas se absorben por la piel, pese a que aún se usan como desinfectantes tópicos (mercurocromo y el propio thimerosal). Algunas amalgamas dentales contienen mercurio elemental, que, aunque por ingestión no se absorbe, se evapora y absorbe por inhalación (igual que el mercurio de los termómetros). (Díez C, Esteban S, Ayala J. Intoxicaciones por hierro y otros metales. En: Manual de intoxicaciones en pediatría. Mintegui S. y Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ergon, Madrid 2003, 191-201).

Los fabricantes de vacunas han ido sustituyendo el thimerosal, de forma que en la actualidad son muy escasas las vacunas que lo contienen. Aunque existe preocupación por el potencial tóxico de éste y de otros conservantes (European Agency for the Evaluation of Medical Products, Committee for Proprietary Medical Products, Vaccine Expert Group Work programme 2004-2005, en <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/veg/524603en.pdf>), por el momento no se ha demostrado relación causal entre thimerosal y autismo. A con-

tinuación se resumen las conclusiones de tres revisiones recientes sobre este tema:

AUTISMO Y VACUNAS QUE CONTIENEN THIMEROSAL: FALTA DE EVIDENCIA CONSISTENTE DE UNA ASOCIACIÓN.

Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association.

Stehr-Green P, Tull P, Stellfeld M et al. Am J Prev Med 2003; 25: 101-6

Los datos actuales no son consistentes con la hipótesis de que una exposición incrementada a las vacunas que contienen thimerosal es responsable del aparente aumento de la frecuencia de autismo en niños que se observa en el mundo.

ASOCIACIÓN ENTRE VACUNAS QUE CONTIENEN THIMEROSAL Y AUTISMO.

Association between thimerosal-containing vaccine and autism.

Hviid A, Stellfeld M, Wohlfahrt J, Melbye M. JAMA 2003; 290: 1763-6

Los resultados no apoyan una relación causal entre los niños vacunados con vacunas que contienen thimerosal y el desarrollo de enfermedades del espectro autista.

SEGURIDAD DE LAS VACUNAS QUE CONTIENEN THIMEROSAL: UN ESTUDIO

EN DOS FASES DE LAS BASES DE DATOS INFORMÁTICAS DE LA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Safety of thimerosal-containing vaccines: a two-phased study of computerized health maintenance organization databases.

Verstraeten T, Davis RL, DeStefano F, et al. Pediatrics 2003; 112: 1039-48

No se encontró una asociación consistente significativa entre las vacunas que contienen thimerosal y el desarrollo de problemas neurológicos. Se encontraron resultados conflictivos según la base de datos consultada. Para resolver dichos conflictos son necesarios estudios que evalúen de manera uniforme el desarrollo neurológico de los niños en relación con el rango de exposición acumulativa a thimerosal.

Recomendaciones ante la restricción de suministro de vacuna neumocócica conjugada

A finales del año 2003 el laboratorio Wyeth Vaccines avisó al Centers for Disease Control (CDC) de Estados Unidos sobre la posibilidad de un abastecimiento insuficiente durante el primer y el segundo trimestre de 2004 de su vacuna neumocócica conjugada heptavalente (en Estados Unidos Prevnar®) (MMRW 2003; 52: 1234). Como es una vacuna

incluida en el calendario vacunal, se implementó desde entonces un plan de abastecimiento equitativo. En febrero de 2004 los laboratorios Wyeth informaron de nuevo al CDC de que el problema iba a persistir al menos hasta julio de 2004, y este organismo publicó el primer artículo que hemos resumido, aconsejando retrasar la cuarta dosis. Sin embargo, un mes después recomendaron suspender también la tercera (segundo artículo resumido). Las restricciones van a afectar a todo el mundo. El 23 de febrero el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría publicó en su web una nota aconsejando la pauta dos, seis meses para primovacunación, retrasando la tercera y la cuarta hasta que se restablezca el suministro regular. Aunque no lo especifica, se entiende que esta pauta de dos dosis es para niños sanos, no para grupos de alto riesgo, en los que se debe vacunar según la pauta habitual.

LIMITACIONES DE ABASTECIMIENTO DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA: RECOMENDACIÓN DE SUSPENSIÓN DE LA CUARTA DOSIS.

Notice to readers: limited supply of pneumococcal conjugate vaccine: suspension of recommendation for fourth dose.

MMWR 2004; 53(february 13): 108-109

Un estudio de casos y controles ha comparado la efectividad de una pauta de tres dosis y otra de cuatro encontrando que tres dosis tienen una eficacia (protección de enfermedad invasiva por los serotipos vacunales) del 90 % (IC95 % entre 74 y 96 %), frente a un 96 % con la pauta de cuatro dosis (IC95 % entre 68 y 100 %). Basándose en estos datos preliminares y tras consultar a diversas asociaciones médicas de Estados Unidos a fin de evitar la falta de vacunas para los lactantes, el CDC aconseja retrasar la cuarta dosis hasta que el problema de abastecimiento se resuelva, de manera que exista suficiente vacuna para las tres primeras dosis, a los dos, cuatro y seis meses de edad.

PUESTA AL DÍA DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL USO DE VACUNA CONJUGADA NEUMOCÓCICA: RECOMENDACIÓN DE SUSPENSIÓN DE LA TERCERA Y CUARTA DOSIS.

Updated recommendations on the use of pneumococcal conjugate vaccine: suspension of recommendation for third and fourth dose.

MMWR 2004; 53(march 2): 1-2

La producción de vacuna ha sido menor de la esperada cuando se tomó la

resolución anterior. Por ello, a pesar de que existen datos limitados que soporten vacunar con dos dosis, este régimen es preferible a vacunar a algunos niños con tres dosis y no vacunar a otros. Se recomienda, por tanto, retrasar la tercera y la cuarta dosis a los niños sanos. Los niños con riesgo elevado por enfermedades graves deben seguir siendo vacunados con la pauta habitual de cuatro dosis. Los niños sanos no vacunados con edades entre doce y 23 meses deben recibir una sola dosis. En los mayores no se aconseja la vacunación sistemática.

SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA
DEL LACTANTE (SMSL)

LIBRO BLANCO 2.^a EDICIÓN

**Grupo de Trabajo para el Estudio
y Prevención de la Muerte Súbita
Infantil de la Asociación Española
de Pediatría (GEMPSI de la AEP).**

*Monografías de la Asociación Española
de Pediatría, n.º 4, año 2003.*

El Grupo de Trabajo para el Estudio y
Prevención de la Muerte Súbita Infantil

de la Asociación Española de Pediatría, se constituyó en 1991, y en 1996 publicó el *Libro blanco sobre SMSL*. En esta segunda edición se amplían y actualizan capítulos que ya fueron tratados en la primera y se añaden otros, como la evaluación de resultados de las campañas de prevención, que han dado lugar a una importante disminución de incidencia, la situación en Latinoamérica y un capítulo de gran importancia titulado "Abuso infantil con resultado de muerte y síndrome de muerte súbita". Casi la mitad final del libro está ocupado por abundantes anexos que contienen protocolos, comunicados y folletos divulgativos. Un trabajo excelente.

ATLAS DE OTOSCOPIA.

Manuel Tapia Risueño

Ergon, 2003

Tras una pequeña introducción teórica, este atlas aporta 150 excelentes fotografías sobre otoscopias normales y patológicas con un breve comentario de cada una. Un libro ameno y útil que puede obtenerse de manera gratuita a través de los laboratorios Sankyo.