

Revistas

Algunos probióticos son eficaces para reducir la duración y sintomatología de la gastroenteritis aguda

Probiotics for treatment of acute diarrhoea in children: randomised clinical trial of five different preparations.

Canani RB, Cirillo P, Terrin G, Cesarano L, Spagnuolo MI, De Vincenzo A, et al.
BMJ. 2007;335:340-6.

En niños con pielonefritis aguda, el tratamiento oral es igualmente eficaz que el tratamiento parenteral

Antibiotic treatment for pyelonephritis in children: multicentre randomised controlled non-inferiority trial.

Montini G, Toffolo A, Zucchetto P, Dall'Amico R, Gobber D, Calderan A, et al.
BMJ. 2007;335:386-93.

Factores de riesgo para las recurrencias de la infección urinaria: raza blanca, edad 3 a 5 años y reflujo vesicoureteral IV/V. La profilaxis antibiótica no reduce el riesgo de recurrencias

Recurrent urinary tract infections in children: risk factors and association with prophylactic antimicrobials.

Conway PH, Cnaan A, Zaoutis T, Henry BV, Grundmeier RW, Keren R.
JAMA. 2007;298:179-86.

Carencias en la financiación de vacunas para los niños estadounidenses con subaseguramiento

Gaps in vaccine financing for underinsured children in the United States.

Lee GM, Santoli JM, Hannan C, Messonnier ML, Sabin JE, Rusinak D, et al.
JAMA. 2007;298:638-43.

Pobreza urbana y disparidad en la mortalidad infantil

Urban poverty and infant mortality rate disparities.

Sims M, Sims TL, Bruce MA.
J Natl Med Assoc. 2007;99:349-56.

Efectos tardíos del cáncer infantil

Dickermann JD. Efectos tardíos del cáncer infantil.
Pediatrics (ed. esp). 2007;63(3):145-57.

Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer.

Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA.
N Eng J Med. 2006;355:1572-82.

¿Cuándo sospechar el maltrato físico?

Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse.

Kellog ND.
Pediatrics. 2007;119:1232-41.

La protección de la vacuna frente a la hepatitis B puede no ser prolongada en algunos casos

Differences in response to a hepatitis B vaccine booster dose among Alaskan children and adolescents vaccinated during infancy.

Samandari T, Fiore AE, Negus S, Williams JL, Kuhnert W, McMahon BJ, et al.
Pediatrics. 2007;120:e373-81.

Asistencia a guarderías y riesgo de padecer enfermedades infecciosas agudas

Relación entre la asistencia a guarderías y enfermedad infecciosa aguda en la infancia. Una revisión sistemática.

Ochoa Sangrador C, Barajas Sánchez MV, Muñoz Martín B.

Rev Esp Salud Pública. 2007;81:113-29

Libros

Guía de terapéutica antimicrobiana en pediatría, 2007-2008

Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J.
2 ed. Madrid: Antares; 2007.

Otras fuentes

Lidocaína intradérmica para la analgesia previa a venopunciones en niños

Food and Drugs Administration.

Revistas

Algunos probióticos son eficaces para reducir la duración y sintomatología de la gastroenteritis aguda

Probiotics for treatment of acute diarrhoea in children: randomised clinical trial of five different preparations.

Canani RB, Cirillo P, Terrin G, Cesarano L, Spagnuolo MI, De Vincenzo A, et al. *BMJ.* 2007;335:340-6.

La gastroenteritis aguda (GEA) es una entidad extraordinariamente frecuente. En nuestro medio suele ser una enfermedad autolimitada, pero causa un gran número de ingresos hospitalarios. Por otro lado, tiene un importantísimo impacto social y económico. En las últimas décadas se han probado distintos tratamientos en busca de su curación o alivio sin éxito. Actualmente, el único tratamiento recomendado son las soluciones de rehidratación oral (SRO). En los últimos años ha aumentado mucho el interés por los probióticos; distintas especies de *Lactobacillus* y *Saccharomyces boulardii* han mostrado ciertos efectos beneficiosos sobre distintos parámetros de esta entidad.

El presente estudio, llevado a cabo en Italia, es un ensayo aleatorizado, controlado y simple ciego que trata de pro-

bar la eficacia de distintos probióticos o combinaciones de éstos.

Incluye a niños de 3 a 36 meses con GEA. Se distribuyen en seis grupos; el primero, el grupo control, recibe sólo SRO; los cinco restantes reciben preparaciones: *Lactobacillus rhamnosus* cepa GG (antes llamado *Lactobacillus casei*); *Saccharomyces boulardii*; *Bacillus clausii*; mezcla de *L. delbrueckii* variedad *bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*, *L. acidophilus* y *Bifidobacterium bifidum*; y, finalmente, *Enterococcus faecium*.

Las variables estudiadas fueron: duración de la diarrea, número y consistencia de las heces. También, duración de los vómitos y fiebre y tasa de ingresos hospitalarios.

En total se estudió a 571 niños. La duración media de la diarrea fue significativamente inferior en el grupo que recibió *Lactobacillus rhamnosus* (78,5 horas; diferencia media -32; IC 95% -41 a -23), o la mezcla de cuatro probióticos (70 horas; diferencia media -37; IC 95% -47 a -25), que los niños que recibieron SRO sólo (115,5 horas). Un día después de la primera dosis de los probióticos citados, el número de deposiciones había disminuido significativamente respecto del grupo control (SRO). No se encontraron resultados favorables para los demás grupos estudiados. Respecto a las variables secun-

darias, los datos fueron no significativos para todos los grupos.

Los autores concluyen que no todos los probióticos parecen tener efectos beneficiosos sobre la GEA infantil y que, según sus datos, los que pueden disminuir la duración de la diarrea son los que contienen *Lactobacillus rhamnosus* o una mezcla de *L. delbrueckii* variedad *bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*, *L. acidophilus* y *Bifidobacterium bifidum*.

En niños con pielonefritis aguda, el tratamiento oral es igualmente eficaz que el tratamiento parenteral

Antibiotic treatment for pyelonephritis in children: multicentre randomised controlled non-inferiority trial.

Montini G, Toffolo A, Zucchetta P, Dall'Amico R, Gobber D, Calderan A, et al. *BMJ.* 2007;335:386-93.

La infección urinaria (ITU) es la infección bacteriana constatable más frecuente en niños. La pielonefritis aguda (PNA) se define basándose en criterios clínicos y de los estudios complementarios. Es una infección grave con riesgo de lesiones renales definitivas. El diagnóstico de presunción de ITU/PNA en niños necesita ser seguido de un tratamiento antibiótico empírico; la mayoría de las guías recomendada actualmente en nuestro medio aminoglucósidos o cefalosporinas de ter-

cera generación, por vía parenteral, como tratamiento inicial seguido de un antibiótico por vía oral. Algunos estudios previos han encontrado que un esquema de tratamiento parenteral de 7-10 días de duración y otro con 3 días de tratamiento parenteral seguido de 7 días de tratamiento oral eran similares en eficacia. En el presente estudio llevan a cabo un ensayo aleatorizado en el que pretenden documentar la no inferioridad del tratamiento oral desde el inicio respecto al tratamiento inicialmente parenteral seguido de un tratamiento oral.

Estudio multicéntrico, aleatorizado y controlado, no ciego. Participan 28 unidades pediátricas italianas entre 2002 y 2004. Incluye a 502 niños con pielonefritis aguda (PNA) de 1 mes a 7 años de edad. Comparan: amoxicilina/clavulánico 50 mg/kg/día, 3 dosis, 10 días (n = 244), con ceftriaxona 50 mg/kg/día, 1 dosis, 3 días seguido de amoxicilina/clavulánico 50 mg/kg/día, 3 dosis, 7 días (n = 258).

Las variables estudiadas son: la principal, la tasa de cicatrices renales 12 meses después; y las secundarias, las relacionadas con la mejoría clínica (reducción de la fiebre, mejoría de los parámetros inflamatorios y orina estéril a las 72 horas). Además, se hizo un análisis específico de los datos de los niños cuya gammagrafía precoz fue positiva (n = 278).

El análisis por intención de tratar mostró que no hubo diferencias significativas en ambos grupos (amoxicilina/clavulánico; ceftriaxona + amoxicilina/clavulánico): cicatrices: un 13,7% frente al 17,7% (RR -4%, IC 95% -11,1% a 3,1%); tiempo hasta la reducción de la fiebre: 36,9 horas frente a 34,3 (diferencia media 2,6; IC 95% -0,9 a 6,0); tampoco hubo diferencias en los demás parámetros estudiados, e igualmente en el subgrupo en el que una gammagrafía precoz mostró pruebas de daño renal.

Este estudio muestra que en niños con ITU/PNA (excluyendo a los pacientes clínicamente muy afectados) menores de 7 años de edad, el tratamiento oral de 19 días de duración no ha sido inferior que el tratamiento secuencial parenteral/oral.

Factores de riesgo para las recurrencias de la infección urinaria: raza blanca, edad 3 a 5 años y reflujo vesicoureteral IV/V. La profilaxis antibiótica no reduce el riesgo de recurrencias

Recurrent urinary tract infections in children: risk factors and association with prophylactic antimicrobials.

Conway PH, Cnaan A, Zaoutis T, Henry BV, Grundmeier RW, Keren R.

JAMA. 2007;298:179-86.

Actualmente es práctica habitual recomendar profilaxis con antibióticos a los

niños en determinadas situaciones para evitar infecciones del tracto urinario (UTI) recurrentes; los niños con reflujo vesicoureteral (RVU) de medio/alto grado están entre estos casos. Sin embargo, hasta el momento actual no contamos con evidencias que respalden esta práctica.

Este estudio reúne datos procedentes de 27 clínicas pediátricas primarias en EE. UU., donde han atendido a un total de 74.974 niños menores de 6 años de edad entre julio de 2001 y mayo de 2006. Un total de 611 niños tuvieron una primera ITU (0,007 por persona/año; 0,7%); de ellos el 89% eran niñas. En el tiempo estudiado 83 niños (0,12 por persona/año) tuvieron una ITU recurrente. El análisis multivariante encontró como factores de riesgo para padecer ITU recurrentes: raza blanca (0,17 por persona/año; RR 1,97; IC 95% 1,22-3,16), edad de 3 a 4 años en el momento de la primera infección (0,22 por persona/año; RR 2,75; IC 95% 1,37-5,51), edad de 4-5 años en el momento de la primera infección (0,19 por persona/año; RR 2,47; IC 95% 0,19-5,12), y un RVU de grado 4/5 (0,60 por persona/año; RR 4,38; IC 95% 1,26-15,29). El sexo y el RVU de grados 1-3 no se asociaron a mayor riesgo de ITU recurrente.

La profilaxis con antibióticos tampoco se asoció a un menor riesgo de recurrencia (RR 1,01; IC 95%, 0,50-2,02),

pero sí a un riesgo de padecer infección por agentes resistentes entre los que sufrieron ITU recurrentes (RR 7,50; IC95% 1,60-35,17).

Los autores concluyen consecuentemente que la profilaxis antibiótica no disminuye el riesgo de padecer recurrencias de la ITU. Estos datos justifican una revisión profunda de las prácticas habituales en el sentido de restringir y limitar de forma importante el uso de la profilaxis.

Carencias en la financiación de vacunas para los niños estadounidenses con subaseguramiento

Gaps in vaccine financing for underinsured children in the United States.

Lee GM, Santoli JM, Hannan C, Messonnier ML, Sabin JE, Rusinak D, et al.
JAMA. 2007;298:638-43.

Las ampliaciones ocurridas en el calendario vacunal en la última década han llevado a encarecer más de siete veces la vacunación de cada niño en los Estados Unidos: de 155 dólares en 1995 se ha pasado a 1.170 en 2007.

Los niños sin seguro médico, con aseguramiento público vía Medicaid o que pertenecen a comunidades indígenas na-

tivas disfrutaban del acceso gratuito al calendario completo vacunal a través del programa federal VFC (Vaccines for Children). Los niños con seguros médicos completos tampoco tienen problema, pues son vacunados a cargo de las aseguradoras, que las compran al Estado. Son los "subasegurados", un grupo creciente, cuyas primas no cubren el acceso completo al calendario nacional recomendado por el ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices), los que pueden tener problemas para pagar sus inmunizaciones. El presente estudio tiene como objetivo describir las diferencias interestatales en la provisión de las nuevas vacunas a estos niños e identificar las barreras que dificultan su compra y distribución a todos los niños.

Realizan una encuesta, en dos fases, a los responsables estatales de los programas de vacunación (Estate Immunization Program Manager): la primera, a finales de 2005, sirve como piloto y consiste en una entrevista abierta telefónica a nueve de ellos. Con los datos obtenidos sobre las barreras sentidas en la financiación vacunal, encaran la segunda fase del estudio, en el primer semestre de 2006, en la que realizan una encuesta mixta semiabierta, escrita y telefónica, a responsables de 48 Estados de la Unión.

Solo un 34% de los Estados de los Estados Unidos tiene el mandato a las aseguradoras de cubrir al completo las inmunizaciones fijadas por el ACIP. Las políticas de cada uno son sumamente diversas y cambiantes, con relación a la variación de los fondos destinados a la compra de las vacunas. El estudio pone en evidencia, por ejemplo, que el 40% de los Estados no puede subvencionar la vacuna conjugada contra el meningococo a los niños con infraseguro. Actualmente se calcula que el porcentaje de niños con subseguros es de un 14%, pero la tendencia creciente de los empresarios es ofrecer planes de aseguramiento catastróficos (textual), que no suelen cubrir las actividades preventivas, como las inmunizaciones.

Las lagunas de financiación crecientes, demostradas en este trabajo, depararán disminución de las tasas de vacunación en algunos colectivos, sobre todo en las nuevas vacunas más caras, según se ha evidenciado en estudios anteriores. Por el momento también están produciendo malestar y confusión en los médicos del primer nivel, sobre todo en los que se dedican en exclusiva a la atención en el sector público.

N. del T. El artículo merece un editorial en el mismo número de la revista (Davis MM. Reasons and remedies for

underinsurance for child and adolescent vaccines. JAMA. 2007;298:680-2).

La inequidad en la vacunación infantil atenta contra la Convención de los Derechos del Niño en sus artículos 2 y 24 fundamentalmente. En España, con otro modelo sanitario totalmente distinto, también estamos asistiendo a la inequidad de la vacunación a la infancia.

Pobreza urbana y disparidad en la mortalidad infantil

Urban poverty and infant mortality rate disparities.

Sims M, Sims TL, Bruce MA.

J Natl Med Assoc. 2007;99:349-56.

Estudio sobre la relación entre pobreza y tasa de mortalidad infantil (MI), según los distintos grupos étnicos, en grandes áreas metropolitanas estadounidenses.

Realizan un análisis bi- y multivariante con datos de dos fuentes: el censo de 1990 y las estadísticas vitales del National Center for Health Statistics de los años 1992-1994.

Los cálculos de la MI (variable dependiente) y la proporción de población que vive en barrios con "pobreza extrema" (principal variable independiente) se obtienen para cada uno de los cuatro grupos étnicos estudiados: "negro", "blanco", "asiático" y "latino". Las unidades de análisis son bloques censales de unos

564 habitantes, sobre una muestra de 100 "áreas estadísticas metropolitanas", cada una con una población mayor de 100.000 habitantes (MSA). En total, la población del estudio abarca a más de 100 millones de personas.

Los negros muestran, con diferencia, el mayor porcentaje de familias en barrios con segregación y con alta pobreza y su MI (17/1000) casi triplica la media nacional de 6,6. Tanto el análisis bivariante como las ratios de MI entre otras razas y la blanca demuestran un efecto positivo de la variable pobreza en la MI. Ahora bien, en el análisis multivariante parece ponerse en evidencia que existen otros factores asociados que podrían ser los mediadores de ese efecto entre pobreza y mortalidad infantil y que, además, actuarían de modo diferencial según el grupo étnico. Por ejemplo, en los negros la MI tiene una asociación directa con el bajo peso al nacer; en blancos y latinos, con los embarazos de adolescentes; y en latinos, con el tabaquismo materno. Asimismo, existen influencias regionales, que afectan de modo diferencial a los diferentes grupos étnicos.

También analizan las diferencias en la proporción de diferentes países de origen en los grupos de latinos y asiáticos y su efecto en la ratio de MI. En este análisis hay una clara asociación que desfavorece

a puertorriqueño respecto a cubanos y a coreanos, y chinos respecto a japoneses y filipinos. Tales diferencias son atribuidas por los autores a unas peores condiciones socioeconómicas de aquéllos.

Los autores concluyen comentando la dificultad de aislar los factores que se asocian directamente y pueden estar mediando entre un ambiente urbano desfavorable y las carencias en salud de los diferentes grupos étnicos, manifestadas en este caso por un indicador como la tasa de mortalidad infantil.

Reducir las desigualdades en MI es uno de los objetivos fundamentales del programa del gobierno americano "Healthy People 2010". Para avanzar en su consecución es fundamental el desarrollo de estudios de análisis epidemiológico, centrados en las grandes áreas urbanas, como el actual.

Efectos tardíos del cáncer infantil
Dickermann JD. Efectos tardíos del
cáncer infantil. *Pediatrics* (ed. esp).
2007;63(3):145-57.

Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer.

Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA. N Eng J Med. 2006;355:1572-82.

Dados los avances terapéuticos que se están consiguiendo en el campo de la oncopediatria, el cáncer infantil se ha vuelto,

en la actualidad, una enfermedad básicamente curable. Hasta el 80% de los niños que lo padecen sobrevivirá durante muchos años, pero ¿a qué precio? Estos dos artículos ponen de manifiesto, de manera exhaustiva, las posibles secuelas a las que se enfrentarán estos pacientes a lo largo de su vida, así como el momento de su aparición, y refuerzan la necesidad de contar con equipos oncológicos de seguimiento a largo plazo. Baste apuntar dos cifras: el 75% de ellos padecerá alguna secuela crónica tras el tratamiento, y un 40% sufrirá algún problema grave, discapacitante o mortal.

Las principales alteraciones pueden ser englobadas en dos grupos: no tumorales y tumorales. Dentro de las primeras, destacan las alteraciones cardíacas (miocardiopatías, disfunción ventricular izquierda, arritmias), vasculares (ictus, infarto de miocardio), pulmonares (fibrosis pulmonar, neumopatía obstructiva restrictiva, neumonía intersticial tardía), digestivas (obstrucción intestinal), esplénicas (asplenia funcional y quirúrgica), hepáticas (hepatitis, cirrosis), renales (glomerulopatías, tubulopatías), vesicales (hematuria, cistitis, fibrosis, problemas funcionales), óseas (osteopenia, osteoporosis, necrosis avascular, deformidades raquídeas), musculares (atrofia), tiroideas (hipo- e hipertiroidismo), gonadales (insuficiencia gonadal),

oculares (cataratas), óticas (hipoacusia neurosensorial), dentarias (caries y enfermedad periodontal) y mentales (déficit de atención, problemas de memorización). No olvidemos tampoco el riesgo de talla baja y obesidad. En cuanto a los segundos tumores, destacan los de piel, mama, tiroides, hueso, cerebro, tejido conectivo, así como los hematopoyéticos.

En ambos artículos se advierte de que, dado que el tratamiento del cáncer ha cambiado sustancialmente en los últimos años, se necesitarán varios lustros para objetivar los problemas a largo plazo que darán los nuevos anti-neoplásicos y las nuevas técnicas de radioterapia. Esperemos que el futuro sea mejor.

¿Cuándo sospechar el maltrato físico?

Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse.

Kellog ND.

Pediatrics. 2007;119:1232-41.

El maltrato es un aspecto muy delicado de nuestra profesión, y frente al cual siempre hemos de estar sobre aviso. Por tal motivo, cualquier actualización que aparezca sobre él es bien recibida. La aparecida este año en *Pediatrics* es una de las más completas e interesantes. Después de varias pinceladas epi-

demiológicas, en las que se comentan la prevalencia del problema, así como los factores de riesgo y las características de las víctimas, se concede gran importancia a posicionar el papel del pediatra en el contexto del maltrato. Para ello, se expone una guía para reconocer aspectos importantes dentro de la anamnesis, así como de la exploración física. Este punto es, desde nuestro punto de vista, el de mayor interés, pues aporta una serie detallada y amplia de pistas sobre "lesiones cutáneas ocultas" (esto es, que pueden pasar desapercibidas a primera vista) y un catálogo de lesiones sospechosas, tanto a nivel craneal como toracoabdominal y musculoesquelético. Por desgracia, no podemos pasar por alto la lectura de este artículo.

La protección de la vacuna frente a la hepatitis B puede no ser prolongada en algunos casos

Differences in response to a hepatitis B vaccine booster dose among Alaskan children and adolescents vaccinated during infancy.

Samandari T, Fiore AE, Negus S, Williams JL, Kuhnert W, McMahon BJ, et al. *Pediatrics*. 2007;120:e373-81.

La duración de la protección de la vacunación infantil antihepatitis B no es

conocida, aunque se presume que puede ser prolongada en virtud de los datos conocidos hasta el momento (estudios de seroprevalencia y efectividad clínica). Se ha comprobado una disminución de la tasa plasmática de HBsAc –anticuerpos frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (VHB)– con el transcurso de los años, pero esto no necesariamente indica una pérdida o disminución real de la protección. Ésta puede ser evaluada de forma indirecta mediante la comprobación de la persistencia de memoria inmunológica (respuesta) tras la administración de una dosis de refuerzo.

En este estudio se ha incluido a 74 adolescentes (10-15 años) que recibieron una serie de tres dosis de vacuna frente al VHB derivada del plasma (grupo A), 138 adolescentes que habían completado tres dosis de vacuna recombinante (grupo B) y 166 niños (5-7 años) que habían completado una serie de vacuna recombinante (grupo C). En todos los casos, la primera dosis se recibió antes de cumplir 1 semana de vida y sus madres eran negativas para el VHB.

Se administró una dosis de refuerzo de vacuna recombinante frente al VHB. Previamente se había medido la tasa plasmática de HBsAc; también a las 2-4

semanas después del refuerzo (un pequeño grupo también a la semana tras el refuerzo). Se comprobó que respondió a la dosis de refuerzo el 99% de los que habían recibido la vacuna recombinante (grupos B y C) –pero sólo un 83% de los adolescentes de este grupo (grupo B)– y un 69% de los adolescentes del grupo A. La concentración media geométrica de HBsAc de los adolescentes del grupo A fue de 3.360 mUI/ml (en los casos de HbsAc basal >10 mUI/ml; 128 mUI/ml, en los casos con HbsAc basal < 10 mUI/ml); en el grupo B, estos resultados fueron respectivamente de 1.283 y 369 mUI/ml; y en grupo C fueron de 5.091 y 696 mUI/ml. Considerando sólo a los niños y adolescentes con una tasa de HBsAc antes del refuerzo < 10 mUI/ml, la respuesta fue inversamente proporcional a la edad: 97% en los de 5 años de edad y 60% en los de 14.

Los autores concluyen que aunque la mayoría de niños y adolescentes responde a una dosis de refuerzo (71-86%), hay una proporción significativa de no respondedores entre los de mayor edad, lo que podría indicar una pérdida de memoria (¿y protección?), que deberá evaluarse con nuevos estudios para determinar la necesidad de dosis adicionales de vacuna de HB.

Asistencia a guarderías y riesgo de padecer enfermedades infecciosas agudas

Relación entre la asistencia a guarderías y enfermedad infecciosa aguda en la infancia. Una revisión sistemática.

Ochoa Sangrador C, Barajas Sánchez MV, Muñoz Martín B.

Rev Esp Salud Pública. 2007;81:113-29

En la actualidad la asistencia de los niños a las guarderías es cada vez más usual; también ocurre que los niños acuden a estos establecimientos a edades más tempranas. Es un hecho nacido de la necesidad de las familias en las que ambos padres dedican numerosas horas de cada día a sus ocupaciones profesionales, y de la idea de que la socialización precoz de los niños tiene efectos beneficiosos sobre el desarrollo general, las habilidades y la probabilidad de éxito escolar, social y laboral futuros. Otro posible efecto beneficioso de la asistencia precoz a guarderías se basa en la hipótesis no probada de que la exposición precoz y reiterada a agentes infecciosos podría proteger del riesgo de padecer ciertas patologías de base inmunológica.

Por otro lado, es opinión generalizada entre los profesionales y las familias que la asistencia a la guardería incrementa la

incidencia de enfermedades infecciosas agudas. Este hecho, sin embargo, no ha sido estudiado en profundidad y no se ha cuantificado el riesgo de una forma integrada.

Los autores hacen una revisión sistemática con el propósito de aclarar este último aspecto y realizan una búsqueda sin límites de idiomas y tiempo. Finalmente, seleccionan 92 artículos referidos a 84 estudios para su análisis detallado. De éstos, sólo 52 aportan estimaciones de efecto cuantificables: 2 ensayos clínicos, 32 estudios de cohortes prospectivos y 18 retrospectivos. En total, 127.088 niños.

Los datos estudiados reflejan que la asistencia a la guardería se asocia a un incremento en el riesgo de infección de las vías respiratorias altas (RR = 1,88), otitis media aguda (RR = 1,58), otitis media con derrame (RR = 2,43), infecciones de vías respiratorias bajas (globalmente RR = 2,1; neumonía RR = 1,7; bronquiolitis RR = 1,8) y gastroenteritis aguda (RR = 1,4). La asistencia a la guardería podría ser responsable del 33-50% de las infecciones respiratorias y gastroenteritis agudas en la infancia. Estos datos tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, las autoridades sanitarias y las familias.

Libros

Guía de terapéutica antimicrobiana en pediatría, 2007-2008

Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J.
2 ed. Madrid: Antares; 2007.

Libro de tamaño bolsillo, manejable, con 645 páginas, y una edición de calidad. A los cinco editores los acompañan 51 coautores, todos reconocidos expertos en la patología infecciosa infantil.

El libro incluye los siguientes capítulos:

- Síndromes de patología infecciosa.
- Tratamiento de las infecciones producidas por agentes específicos.
- Antimicrobianos en la práctica clínica pediátrica. Dosificación en general y en situaciones especiales, farmacocinética/farmacodinamia, antisépticos.
- Infecciones en el feto y recién nacido.
- Inmunoprofilaxis activa y pasiva. Quimioprofilaxis. Medidas de aislamiento.
- Consejos para el niño viajero.
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Especialidades farmacéuticas de los principios activos descritos en la guía.

– Índice de materias.

El primer capítulo ("Síndromes de patología infecciosa") incluye un conjunto de entidades y situaciones clínicas cuya exposición está organizada en torno a este esquema: microorganismos causales, exploraciones, indicaciones de ingreso hospitalario, tratamiento antimicrobiano empírico y otras medidas terapéuticas. Todo ello de forma breve y con un enfoque práctico.

El libro destaca por una estructura clara y sencilla dirigida a dar respuestas y soluciones rápidas a las dudas que se presentan en la práctica cotidiana. En resumen, un buen texto para tener siempre a mano, en Atención Primaria, urgencias y hospital.

Otras fuentes

Lidocaína intradérmica para la analgesia previa a venopunciones en niños

Food and drugs Administration.

El pasado 17 de agosto de 2007 la

FDA de los EE. UU. (Food and Drugs Administration) ha aprobado un dispositivo cargado con 0,5 mg de lidocaína para usar en niños de 3-18 años con el propósito de alcanzar analgesia local previa a las punciones venosas (obtención de muestras, administración de fármacos e inserción de catéteres). Se trata de un dispositivo precargado (Zingo®) de fácil uso, que deposita el fármaco en la dermis de forma casi imperceptible. Éste tarda 1-3 minutos en obtener el efecto deseado. Sólo puede ser usado en piel intacta.

El producto cuenta con cinco ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo en los que han participado 1.761 niños/adolescentes, y que muestran un efecto superior a placebo sin efectos adversos relevantes.

Puede obtenerse más información en www.fda.gov/cder/whatsnew.htm.