

## Revistas

---

### Limitación del esfuerzo diagnóstico en Pediatría

Martínez González C.

*Limitation of the diagnostic effort in paediatrics.*

*J Med Ethics.* 2010;36:648-51.

---

### El uso del transporte público ¿incrementa el riesgo de adquirir una infección respiratoria?

Troko J, Myles P, Gibson J, Hashim A, Enstone J,

Kingdon S *et al.*

*Is public transport a risk factor for acute respiratory infection?*

*BMC Infect Dis.* 2011;11:16.

DOI:10.1186/1471-2334-11-16.

---

### ¿Qué signos clínicos predicen mejor la enfermedad grave en menores de dos meses, en países con escasos recursos?

Coghill JE, Simkiss DE.

*Which clinical signs predict severe illness in children less than 2 months of age in resource poor countries?*

*J Trop Pediatr.* 2011;57:3-8.

---

## Revistas

---

### Limitación del esfuerzo diagnóstico en Pediatría

Martínez González C

*Limitation of the diagnostic effort in paediatrics.*

*J Med Ethics. 2010;36:648-51.*

---

Nuestra compañera, pediatra madrileña de Atención Primaria, acaba de publicar este trabajo en la prestigiosa revista del grupo British Medical Journal, donde reflexiona sobre las diferencias entre diagnósticos y etiquetas.

Una práctica clínica basada en valores debe centrarse en el interés del paciente y a este no siempre le beneficia la insistencia clasificadora del médico, cuando no le va a proporcionar una opción terapéutica o una mejora de su calidad de vida.

Por ello, se establece una distinción entre ambos términos más allá de los aspectos lingüísticos. Diagnosticar es algo más que poner un nombre, categorizar un cuadro o agrupar coherentemente una serie de signos o síntomas. Debe ser un acto en beneficio del paciente, que suponga una alternativa terapéutica, curación o al menos una mejora en la calidad de vida para el paciente y la familia

Por el contrario, la etiqueta médica convierte a un niño con dificultades en enfermo, no mejora su calidad de vida, solo aporta una explicación a un problema en términos médicos por lo que puede ser un acto fútil e inapropiado.

Algunas áreas, como la Salud Mental, son especialmente proclives al etiquetaje y existe una creciente tendencia a considerar como enfermedad los síntomas, conflictos e inevitables desgracias de la vida cotidiana. Por ejemplo, en algunas ocasiones, filiar la causa de un retraso mental leve, realizando múltiples estudios complementarios, diagnosticar una fobia social en vez de una timidez marcada, o un déficit de atención con hiperactividad con pruebas poco específicas, puede tener connotaciones de etiqueta más que de diagnóstico.

Otros problemas como la hidrocefalia benigna, el déficit aislado de inmunoglobulina A, el síndrome de piernas inquietas, algunos trastornos del sueño, o la sospecha de síndrome de alcoholismo fetal en niños adoptados podrían considerarse etiquetas, pues su diagnóstico no implica una solución y, sin embargo, pueden generar gran ansiedad familiar y personal.

La propia Academia Americana de Pediatría recomienda replantear o dife-

rir la indicación de test genéticos cuando el diagnóstico no implique una alternativa terapéutica o preventiva clara y pueda producir ansiedad, disminución de la autoestima, estigma social o algún tipo de discriminación.

Realizar un diagnóstico no es una mera clasificación de síntomas y signos en categorías bien definidas para aliviar la incertidumbre de médico y paciente. El proceso diagnóstico tiene siempre un contenido ético y debe ponderar el esfuerzo invertido comparándolo con el beneficio aportado al paciente. Antes de iniciar una escalada de pruebas complementarias, derivaciones a superespecialistas con su visión parcial y fragmentaria, o simplemente poner un nombre médico a un problema, debemos valorar con prudencia si el paciente necesita un diagnóstico, o si solo vamos a ponerle una etiqueta.

El artículo concluye con una propuesta: la "limitación del esfuerzo diagnóstico", concepto apenas utilizado en la literatura médica, que podría expresarse así: "Estudia y trata a tus pacientes de tal forma que los efectos de dichas acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida".

## El uso del transporte público ¿incrementa el riesgo de adquirir una infección respiratoria?

Troko J, Myles P, Gibson J, Hashim A, Enstone J, Kingdon S *et al.*

*Is public transport a risk factor for acute respiratory infection?*

*BMC Infect Dis.* 2011;11:16.

DOI:10.1186/1471-2334-11-16.

La hipótesis de que el uso de los transportes públicos podría jugar un papel relevante en la transmisión de agentes infecciosos en epidemias o pandemias es un aspecto muy interesante que aclarar por su repercusión social y el eventual impacto en un gran número de personas que en un corto espacio de tiempo puede salvar distancias muy elevadas. Y es un aspecto muy poco estudiado.

Este es un estudio casos-controles llevado a cabo en la temporada gripal 2008-09. Se recogieron datos de 72 pacientes con infección respiratoria aguda (IRA) y 66 controles sin IRA, e incluyó el uso de autobuses o trenes durante los cinco días previos al comienzo de la IRA o de la consulta. Los pacientes y los controles fueron reclutados por General Practitioner en Nottingham (Reino Unido).

El uso de autobuses o trenes durante los cinco días previos estuvo asociada a un riesgo seis veces mayor de presentar

una IRA (odds ratio [OR]: 5,94; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,33-26,5). El riesgo parecía modificarse según la frecuencia de uso de estos medios de transporte (mayor riesgo con menor frecuencia de uso), pero este aspecto no resultó estadísticamente significativo.

Los resultados obtenidos (mayor riesgo en las personas que usan los transportes públicos respecto a las que no los usan; mayor riesgo en los que los usan solo ocasionalmente frente a los que los usan con mayor frecuencia –aunque este segundo aspecto sin significación estadística–) son verosímiles y parecen mostrar que la acumulación de individuos en espacios limitados, con contacto cercano o estrecho entre ellos, incrementa la exposición a los microorganismos que se transmiten por vía respiratoria, y que aquellos que se exponen con frecuencia desarrollan cierta respuesta inmune a los mismos. Una limitación del estudio es el escaso número de casos y controles incluidos. En casos de epidemias o pandemias suele recomendarse limitar los contactos sociales –o aumentar la “distancia” social– junto con la higiene respiratoria como medidasadyuvantes para reducir la extensión de la infección; no obstante, los autores del presente estudio reconocen que a pesar

de sus resultados no puede extraerse la conclusión de que la suspensión de los transportes públicos pueda ser una medida efectiva, a juzgar por los datos conocidos hasta el momento.

### ¿Qué signos clínicos predicen mejor la enfermedad grave en menores de dos meses, en países con escasos recursos?

Coghill JE, Simkiss DE.

*Which clinical signs predict severe illness in children less than 2 months of age in resource poor countries?*

*J Trop Pediatr.* 2011;57:3-8.

---

La consecución del cuarto objetivo de desarrollo del milenio, reducción en dos tercios de la mortalidad en menores de cinco años, no podrá alcanzarse sin una disminución sensible de la mortalidad neonatal. En países con escasos recursos, es fundamental implantar protocolos concretos para la clasificación y tratamiento de los niños enfermos por el personal poco cualificado que suele atenderlos. La estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI), aunque parcialmente implantada, se ha mostrado de gran utilidad en este sentido, si bien no propone un algoritmo claro para el periodo neonatal precoz

(primera semana de vida). Casi el 50% de la mortalidad en menores de cinco años en estos países se debe a la alta carga de la mortalidad neonatal. Un primer paso para la disminución de esta es la detección, con la mínima tecnología, de los recién nacidos con enfermedades graves.

El presente estudio es una revisión sistemática de la literatura sobre el empleo de signos clínicos predictores de enfermedad grave, en menores de dos meses, en países con escasos recursos. Realizan una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas primarias, y en la Biblioteca Cochrane como secundaria, mediante los siguientes términos: "clinical signs" AND "serious illness" OR "critical illness" OR "jaundice" OR "infection". Toman como límites el idioma inglés y la edad menor de un año.

De los 340 artículos seleccionados inicialmente, tras la lectura de los resúmenes, seleccionan 17 que cumplían los criterios de inclusión: estudios globales en menores de dos meses y en países con escasos recursos. De ellos, finalmente eligen diez, tras el análisis de los textos completos. Uno tiene como variable dependiente la mortalidad, siete el desarrollo de enfermedad grave y en los otros dos es la sepsis la variable de resultado utilizada. También son muy diversos los países y el número de neonatos estudia-

dos. Todos son estudios prospectivos de cohortes. La mayoría en entorno hospitalario con limitados recursos.

Aunque la diversidad de diseño no permite combinar los resultados de todos los trabajos analizados, pueden extraerse algunas conclusiones prácticas de interés: existe un diferente patrón de enfermar en los neonatos menores de seis días (asfixia, ictericia sepsis) y en los de siete días a dos meses (neumonía, diarrea). El signo de alerta más consistente para ambos subgrupos etarios es el rechazo de alimento. Otros, como la hipoactividad, la temperatura corporal menor de 35,5 °C o superior a 37,5 °C, la taquipnea (> 60 rpm), el tiraje o las convulsiones, también tienen importante valor predictivo de enfermedad grave.

A pesar de las limitaciones de la revisión, los autores sugieren que una reducción de los signos del algoritmo de la ICMI mantendría la misma sensibilidad y especificidad, con la ventaja de la disminución de la complejidad, lo que resulta de gran interés, dada la escasa cualificación del personal que atiende a los neonatos en estos países. En concreto, los siete signos de alarma enumerados más arriba tienen en conjunto una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 75,1% para el subgrupo de menores de una semana de vida.

Finalmente, los autores señalan que, dado que un 80% de las muertes infantiles en África ocurren antes de cualquier contacto con la red sanitaria, es clave el

entrenamiento de padres y cuidadores, además del personal sanitario, si queremos acariciar el cuarto objetivo de desarrollo del milenio.