

ASMA Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL:
¿MITO O REALIDAD?

Mejías A, Ramilo O.

An Esp Pediatr 2002; 57: 199-204.

Editorial donde los autores revisan los conocimientos actuales de la infección por virus respiratorio sincital (VRS) y su relación con el asma. Cada vez está más clara la relación entre la infección por el VRS y la hiperreactividad bronquial. Analizan fisiopatológicamente su forma de inducir alteraciones sobre la respuesta inmunológica, los factores genéticos y el control neural de la vía respiratoria. Existe un riesgo mayor de asma en lactantes que tienen la vía respiratoria pequeña, exposición al tabaco o historia familiar de asma.

Describen tres fenotipos: los sibilantes precoces transitorios, niños que habitualmente no tienen historia familiar de asma o alergia y que se resuelven hacia los 3 años de edad. Los sibilantes no atópicos que comienzan a la edad escolar y suele desaparecer en la segunda década de la vida. Y el paciente con asma atópica con predisposición genética y episodios de asma que perduran.

En el artículo se revisan los mecanismos patogénicos actualmente implicados así como las alternativas terapéuticas.

HUMIDIFICADORES DOMÉSTICOS:

¿QUÉ SE SABE DE ELLOS?

Trench V, Domingo A, García-Tornel S, Gaspà J.

An Esp Pediatr 2002; 57: 231-7.

Esta revisión pretende mejorar los conocimientos sobre los humidificadores domésticos, los principales tipos (ultra-sónicos, fríos, por evaporación y calientes), su funcionamiento básico, sus ventajas e inconvenientes. Establecen unas recomendaciones de mantenimiento (difíciles de conseguir) y uso. Destacan que no deben emplearse en niños con asma bronquial y que su utilidad esté limitada al resfriado común y la laringitis.

Finalmente los autores recomiendan la medición de la humedad ambiental relativa antes de usar el humidificador: óptima entre un 40-60%.

TRASTORNOS INTESTINALES FUNCIONALES
(EQUIVALENTES DEL COLON IRRITABLE)

García Novo MD, García Burriel JJ, Pereda A.

Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

An Esp Pediatr 2002; 57: 253-263.

Este artículo es el resumen de la reunión de Roma II (2000) de expertos sobre los "equivalentes del colon irritable".

En primer término, hacen mención al cólico del lactante, en el que no existe evidencia que el tracto gastrointestinal esté implicado, y al dolor abdominal recurrente que se asocia a una hiperalgesia visceral; este grupo de trabajo, por tanto, excluye a ambas entidades. En segundo término, revisan la diarrea funcional o diarrea crónica inespecífica: sus criterios, diagnósticos y tratamiento; el intestino irritable con constipación o diarrea predominante: su epidemiología, fisiopatología aún desconocida, y su tratamiento hasta la fecha únicamente sintomático. Destacan la adición de fibra en la dieta, ya sea en el caso de predominio de diarrea o constipación, aunque puede exacerbar los síntomas, en cuyo caso debe ser retirada. Resaltan la influencia de un entorno psicosocial adecuado, la ingesta de líquidos sin reducir el aporte calórico. Y, finalmente, el tratamiento farmacológico del dolor con anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos y relajantes de la musculatura lisa (bromuro de otilonio y diclomina bromuro) cuando el dolor abdominal es el síntoma predominante.

En definitiva, transmiten la idea de los escasos avances que ha habido en el conocimiento y tratamiento de estas patologías, que en general siendo benignas

suponen importantes inconvenientes al paciente y a sus familiares.

CRISIS CONVULSIVA SECUNDARIA

A INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO
EN UN LACTANTE

**Gil Campos M, Pérez Navero JL,
Ibarra de la Rosa I.**

An Esp Pediatr 2002; 57: 366-368.

El anís estrellado o *Illicium verum* forma parte del complejo «hierba anís» y se utiliza en lactantes como eupéptico, carminativo y antiespasmódico. Su uso en altas dosis se relaciona con la aparición de efectos convulsivantes y de somnolencia. Existe otra planta muy semejante, *Illicium anisatum*, que es una especie tóxica y que no tiene propiedades medicinales. Tras ingestas pequeñas provoca clínica neurológica, cardiológica y gastrointestinal. Esta planta es frecuentemente confundida con el *Illicium verum*, mezclándose sus frutos en productos elaborados para el consumo humano con los consiguientes riesgos.

Desde marzo a septiembre de 2001 se realizaron 17 consultas al Instituto Nacional de Toxicología por la aparición de un cuadro caracterizado por sintomatología neurológica y digestiva en niños menores de tres meses de edad y que los médicos asociaron al consumo de anís estrellado como car-

minativo. La sintomatología consistió en irritabilidad, movimientos anormales, vómitos, nistagmo y episodios de desaturación de oxígeno. Los dos primeros trabajos referidos aquí describen el proceso de estudio de esta amplia serie de casos y sus conclusiones. En el trabajo de M. Gil Campos se describe una crisis convulsiva en un lactante de 1 mes de edad, que los autores relacionan con la ingesta de una infusión con anís estrellado.

El Centro Nacional de Epidemiología (CNE) realizó un estudio descriptivo a través de una encuesta y un estudio de casos y controles para analizar las siguientes hipótesis: 1. Posible comercialización de *Illicium anisatum* en lugar de *Illicium verum* en esos productos o parcial contaminación con ese u otros compuestos. 2. Sobredosificación con *Illicium verum* en la preparación del producto. En la revisión bibliográfica realizada para este estudio, se encontraron antecedentes de cuadros con sintomatología similar a la descrita y asociados al consumo de anís estrellado como carminativo, lo que indujo a este grupo de trabajo a plantear como hipótesis inicial la relación entre los casos actuales y el consumo de anís estrellado. También se llevó a cabo un análisis morfológico de muestras de anís estre-

llado, un estudio de toxicidad sobre ratones y un estudio analítico por destilación, extracción, arrastre en corriente de vapor, cromatografía y espectroscopía infrarroja.

La población sobre la que se ha realizado el estudio ha sido la compuesta por todos los niños menores de tres meses ingresados en los hospitales La Paz y Gregorio Marañón en Madrid, a través de urgencias, entre los meses de febrero y septiembre de 2001. Para el estudio de casos y controles, se incluyeron como potenciales casos todos los niños ingresados durante este período en los servicios de Neonatología, Pediatría y Neurología infantil, menores de tres meses, con un cuadro neurológico caracterizado por la aparición de irritabilidad, movimientos anormales, vómitos, nistagmus y episodios de desaturación de oxígeno, sin ninguna etiología que pudiera explicar el cuadro clínico (23 casos identificados). Los casos se aparearon con 2 **controles** cada uno de la misma edad y sexo e ingresados en el mismo hospital y día por cualquier etiología, siempre que no figurase en la historia clínica la presencia de sintomatología neurológica o digestiva (en total 18 casos/controles).

Los 18 casos presentan una media de edad de 23,8 días y un consumo de

anís en el 72,2%. De los 36 controles la media de edad es de 48,4 días y el 25% habían consumido anís estrellado. El análisis apareado arrojó una OR de Mantel y Haenzel de 18,0 (IC 95% 2,03-631) que indica una fuerte asociación entre el consumo de anís estrellado y la aparición de la enfermedad. En el análisis de regresión logística condicional se obtuvo una OR de 14,4 (IC 95% 1,8-113,5). Se estudió el efecto dosis-respuesta por medio, de nuevo, de regresión logística condicional y se obtuvo una OR de 11,7 (IC 95% 1,3-188,5) para la exposición leve y de 14,4 (IC 95% 1,8-183,5) para la exposición alta.

Los análisis de las 14 muestras recogidas indican que en todas ellas se identificaron frutos que no corresponden con *Illicium verum* sino con *Illicium anisatum*, y en algunas se detecta contaminación por hongos.

Conclusiones:

1. De los resultados obtenidos, se deduce una fuerte relación entre la aparición del cuadro descrito y el consumo de anís estrellado. Además, esta asociación se refuerza en los análisis de dosis-respuesta en los que se ha encontrado un aumento en el riesgo al aumentar la dosis de exposición.

2. Los análisis de laboratorio han mostrado contaminación de *Illicium verum* con *Illicium anisatum* en las muestras estudiadas; sin embargo, el estudio epidemiológico no permite discriminar qué sustancia ha sido la causante del cuadro.

3. En el momento actual no se conoce ningún antídoto para este posible envenenamiento y el tratamiento a seguir ha de ser sintomático. La única medida para evitar esta intoxicación es evitar su empleo.

Recomendaciones:

Dada la dificultad para diferenciar las especies *Illicium verum* e *Illicium anisatum*, y la posibilidad de aparición de clínica neurológica a altas dosis de la planta medicinal (*Illicium verum*) se debe incorporar en el etiquetado la siguiente información: Identificación de la especie vegetal envasada, indicaciones terapéuticas, contraindicaciones (entre las que se indique especialmente la recomendación de no utilizar en recién nacidos y lactantes), forma de preparación de la infusión (para evitar decocciones) y dosis exacta de uso.

En situaciones similares a la descrita, se propone identificar las partidas alteradas y proceder a su destrucción.

Es necesaria una mejor regulación de

las plantas medicinales, que incluya la identificación y análisis de los productos antes de su puesta en el mercado y un correcto etiquetado de los mismos.

Los resultados de este estudio deben ser divulgados entre los profesionales sanitarios, especialmente pediatras y neonatólogos para que puedan considerar la posibilidad de esta etiología en el diagnóstico diferencial de las convulsiones en recién nacidos y lactantes.

Dado el incremento actual de la utilización de remedios fitoterapéuticos, sería conveniente promover la investigación de los principios activos contenidos en las plantas medicinales.

PAPEL DE TACROLIMUS EN LA DERMATITIS ATÓPICA

Topical tacrolimus-a role in atopic dermatitis?

Drug and Therapeutics Bulletin.

DTB 2002; 40: 73-75.

Se trata de una revisión de 8 ensayos clínicos aleatorizados y controlados y otras 11 referencias bibliográficas más a cerca del papel de tacrolimus en la dermatitis atópica (DA).

La DA afecta en Gran Bretaña al 15-20% de los niños en edad escolar y al 2-3% de los adultos. Es una patología que tiene especial relevancia en los primeros 5 años de vida. Tacrolimus es un macrólido inmunosupresor producido

por el hongo *Streptomyces tsukubaensis*, que cuando se aplica sobre la piel actúa, según se cree, directamente sobre los linfocitos T disminuyendo su capacidad de respuesta ante diversos agentes externos. Se ha comercializado en dos concentraciones 0,03% y 0,1%.

En niños, la formulación de tacrolimus al 0,03% parece ser más efectiva que los corticoides tópicos de baja potencia como acetato de hidrocortisona al 1%. La formulación de tacrolimus al 0,1% autorizada para jóvenes y adultos a partir de 16 años de edad parece ser tan efectiva como los corticoides tópicos de mayor potencia como butirato de hidrocortisona al 0,1%. El costo de tacrolimus es notablemente mayor que el de los corticoides tópicos. No se han encontrado ensayos aleatorizados y controlados que evalúen el papel de este nuevo producto en pacientes con DA que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

Tacrolimus puede ser útil en la DA moderada a severa que afecte sobre todo a piel delgada, como la de la cara, donde resulta deseable evitar los corticoides de alta potencia. Los tratamientos cortos parecen ser bien tolerados y seguros pero no se cuenta con estudios de seguridad a largo plazo.

COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA
TEMPERATURA CORPORAL EN OIDO Y RECTO

*Infrared ear thermometry compared
with rectal thermometry in children:
systematic review.*

Craig JV, et al.

Lancet 2002; 360: 603-609.

La medición de la temperatura corporal en el oído es un método bien aceptado por los padres por la rapidez de la medición y la accesibilidad del lugar de medición. En este trabajo se proponen comprobar la concordancia entre la temperatura rectal (medida con cualquier tipo de instrumento) y la del oído (con un dispositivo de medición de la temperatura irradiada por el tímpano), y para ello hacen una revisión sistemática de los estudios diseñados con este objetivo y metodológicamente correctos.

Encontraron 44 estudios que reunían los requisitos prefijados. En ellos se hacían 31 comparaciones en un total de 4.441 niños. La diferencia media de la temperatura rectal y ótica fue de 0,29° C (95%, límites de concordancia de -0,74 a 1,32° C). Estos datos indican que aunque la diferencia es cuantitativamente pequeña, es suficientemente variable como para concluir que la temperatura ótica no es una buena aproximación a la temperatura rectal y por tanto no es un instrumento adecuado cuando se requie-

re precisión en la medición de la temperatura corporal. Esto es especialmente importante en lactantes pequeños, neonatos y niños inmunocomprometidos, en los que la temperatura corporal por sí misma puede condicionar la adopción de distintas actitudes diagnósticas y terapéuticas, a veces agresivas y costosas.

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS
EXTRANJEROS ADOPTADOS EN ESPAÑA

Sonego M, García Pérez J,

Pereira Candel J.

Med Clin (Barc) 2002; 119: 489-491.

En los últimos años ha aumentado de forma extraordinaria las adopciones en el extranjero. Los autores, de centros hospitalarios de Madrid, han estudiado una muestra de 135 niños procedentes de adopciones internacionales (el 10% del total de niños adoptados por familias residentes en la Comunidad de Madrid en 1999 y 2000). Algo más de la mitad de estos niños procedían de Rusia, China y Rumanía.

Mediante la revisión de las historias clínicas han determinado la prevalencia de distintas patologías. Encuentran que el 81,1% presentaba alguna patología, un 37,8% tenía una única patología y el 43,3% al menos dos. Un 32,3% presentaba anemia, el 30,2% parasitosis y el 25,2% malnutrición. Se detectaron

anomalías congénitas en un 14,8% de los niños (entre ellos una cardiopatía congénita severa y un caso de lúes congénita). También destaca la detección de 4 niños portadores del virus de hepatitis B y dos con hepatitis A activa en el momento de llegada a nuestro país.

A juicio de los autores estos datos documentan la necesidad de someter a un estudio sistemático y exhaustivo a todos los niños procedentes de adopción internacional.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PEDICULOSIS EN NIÑOS

Recommendations for the treatment of pediculosis capitis (head lice) in children.

Lipscomb A, Murphy M, Sveine C, Dasso N.

University of Texas, Austin School of Nursing.

National Guideline Clearinghouse.

NGC (<http://www.ngc.gov/>) ha revisado y publicado recientemente (octubre 2002) una guía de práctica clínica¹ elaborada en la University of Texas en mayo 2002.

Las autoras analizan las 41 referencias bibliográficas encontradas y establecen las siguientes recomendaciones:

1. Los tratamientos no farmacológicos

(acortar la longitud del pelo, lavado con agua caliente, secado con calor, uso de soluciones con vinagre, inspección diaria y retirada del parásito y huevos) requieren cuidados y esfuerzos continuados para tener alguna eficacia.

2. Los tratamientos farmacológicos enumerados por orden de eficacia son: Malathion al 0,5%, piretrinas al 0,33% con butóxido de piperonilo al 4% y alcohol bencílico, permetrina al 1%, piretrinas al 0,33% con butóxido de piperonilo al 4% y finalmente lindano al 1%. Malathion al 0,5% es el agente más eficaz y menos tóxico, y en contraste lindano al 1% es el menos eficaz y con mayor potencial tóxico.

3. El tiempo de aplicación de estos agentes es diferente para cada uno de ellos y un factor importante para asegurar su eficacia: lindano al 1% (4 minutos), piretrinas y permetrinas (10 minutos) y malathion (8 a 10 horas).

4. Si un niño ha sido tratado con alguno de estos agentes y se reinfesta dentro de los 6 meses siguientes, debe utilizarse esta segunda vez un agente distinto para minimizar los riesgos de la adquisición de resistencias.

5. Cuando han fracasado sucesivamente al menos 2 de estos agentes, puede administrarse trimetoprim-sulfametoxazol oral.

¹ Disponible en URL:
http://www.ngc.gov/FRAMESETS/guideline_fs.asp?view=full_summary&guideline=2451&sSearch_string=

También describen someramente los efectos adversos y contraindicaciones de estos productos.

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA
CONJUGADA HEPTAVALENTE EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS PARA PREVENCIÓN
DE LA NEUMONÍA

*Effectiveness of heptavalent pneumococcal
conjugate vaccine in children younger
than five years of age for prevention
of pneumonia.*

**Black S, Shinefield H, Ling S, Hansen J,
Fireman B, Spring D, Noyes J, Lewis E,
Ray P, Lee J, Hackell J.**

Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 810-15.

Tan de actualidad, el debate sobre la conveniencia de la inclusión de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente (PCV) en el calendario vacunal infantil, un argumento más a favor de la misma sería la posible prevención de las neumonías neumocócicas, frecuentes en los primeros años de vida.

Se trata de un estudio de prevalencia de la enfermedad neumónica en poblaciones diana y control mediante un ensayo randomizado y doble ciego. Recibieron de forma aleatoria vacuna PCV o vacuna conjugada para meningococo C. Ambas poblaciones fueron seguidas para determinar la efectividad de la vacuna contra la enfermedad in-

vasiva por neumococo (Kaiser Permanente Vaccine Study Center and Wyeth Research).

La población diana consta de 18.926 niños vacunados con PCV a los 2, 4, 6 y 12-15 meses y la población control de 18.942 niños vacunados con vacuna conjugada contra meningococo C a las mismas edades.

Los datos de la revisión de salud global de la población objeto del ensayo se introdujeron en una base de datos automatizada. El estudio incluye los diagnósticos de bronconeumonía, neumonía viral, neumonía con condensación y empiema, en niños hospitalizados, niños atendidos en servicios de urgencias y en consultas de primaria. Se identificó la subpoblación de pacientes a los que se hizo radiografía de tórax al diagnóstico y la interpretación original por un radiólogo (también procedía de bases de datos automatizadas).

En el momento de este estudio la población era mayor de 3 años y 6 meses.

Se valoró la efectividad de la vacuna (comparación de tasas en poblaciones estudio y control) estudiando por separado su influencia sobre varias posibilidades de diagnóstico:

1. Neumonía clínica, independientemente de otros datos de laboratorio.
2. Neumonía clínica con radiografía

de tórax, independientemente del resultado de la radiografía.

3. Radiografía de tórax positiva: clínica más consolidación, infiltrado parenquimatoso o empiema.

4. Clínica más infiltrado perihiliar aislado.

Adicionalmente se valoró el riesgo por raza y grupo étnico.

Las tasas de diagnóstico de neumonía en el grupo control son de 10,5 casos/1.000 niños/año en menores de 1 año, de 11,8/1.000 niños/año en niños de 12 a 24 meses y de 9/1.000 niños/año en mayores de 2 años.

La dificultad del diagnóstico etiológico en la neumonía infantil complica la evaluación del impacto de la vacuna en la prevención de la neumonía.

Se estima la efectividad cuando el diagnóstico es de probable etiología neumocócica (clínica compatible más radiografía de tórax con infiltrado parenquimatoso o empiema o hemocultivo positivo para los serotipos incluidos en la vacuna) en algo más del 30% en menores de 1 año y en el 23% en menores de 2 años.

En los casos con radiografía positiva y solo hallazgos perihiliares (origen probablemente no neumocócico) no se demuestra diferencia.

Tampoco encuentran diferencia en niños por encima de los dos años de edad,

siendo la causa hipotética de este hallazgo la decadencia de la inmunidad generada por la vacuna con el paso del tiempo, pero este hecho no se observa para la enfermedad invasiva, por lo que es más probable que el motivo sea la menor proporción de neumonías de origen neumocócico a medida que los niños son mayores, y a la afectación por serotipos de neumococos no incluidos en la vacuna o bien que se deba al simple azar.

Se observa también una mayor susceptibilidad a la enfermedad invasiva y a la neumonía en razas asiáticas, negra e hispana comparada con la raza blanca.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN NIÑOS
INMIGRANTES DE ORIGEN SUBSAHARIANO
EN MADRID, ESPAÑA

Infectious Diseases in Sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain.

Huerga E, López-Vélez R.

Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 830-834.

Con la llegada masiva a nuestras consultas de niños inmigrantes y nuestra falta de experiencia en el manejo de patologías frecuentes en otras zonas geográficas del planeta, cualquier información sobre las mismas puede ser de utilidad.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de 125 niños subsaharianos menores de 14 años atendidos en un

servicio de referencia de Medicina Tropical (Hospital Ramón y Cajal) entre junio de 1989 y junio de 2001 (12 años).

El propósito de este estudio es determinar el perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas en niños inmigrantes de origen africano subsahariano en una unidad de referencia.

Seis enfermedades son responsables del 90% de más de los 13 millones de muertes infantiles anuales: Infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, malaria, sarampión, tuberculosis y SIDA. Otras como la filariasis, esquistosomiasis, tracoma, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y lepra provocan serias discapacidades.

Siguen un protocolo en la asistencia médica prestada a los niños inmigrantes. A todos los de origen subsahariano se les solicitó recuento sanguíneo, bioquímica básica, orina elemental, test de tuberculina, serología a virus de hepatitis B y C, VIH, VDRL, examen de heces para parásitos y huevos, radiografía de tórax, toma de muestras de piel y extensión sanguínea para detección de microfilarias, y gota gruesa y extensión sanguínea para malaria.

En los resultados destacan que el 21% de los niños estaban asintomáticos. De estos el 57,7% tenían una o más enfermedades infecciosas. Del total

de la muestra el 79 % tenían una o más enfermedades infecciosas y el 33% tres o más infecciones.

Se encontraron: 56 casos de malaria (el 12,5% eran asintomáticos), 44 casos de parásitos intestinales (50% de los investigados), de los cuales el 20% estaban asintomáticos, 39 casos de filariasis, 9 con ectoparásitos, 1 caso de toxocariasis, 29 casos de hepatitis B (de 75 serologías) de los cuales en 24 estaba curada y 5 presentaban antígeno de superficie, y 1 caso de hepatitis C (coinfección) 7 de 54 tests de tuberculina (12,9%) fueron positivos (> 10 mm de induración) y ninguno de ellos tenía infección activa.

Encuentran asociación significativa entre: fiebre y malaria, anemia y malaria, prurito cutáneo y filariasis, eosinofilia y filariasis, eosinofilia y helmintiasis intestinal.

Las parasitosis intestinales no se correlacionaron con síntomas gastrointestinales. Todos los niños con filariasis tenían eosinofilia sanguínea, lo que sugiere que este es un útil marcador de la enfermedad.

El número de enfermedades infecciosas diagnosticadas en niños asintomáticos demuestra la necesidad de un cribaje sistemático de las mismas. Las más frecuentes fueron las parasitosis intestinales y la malaria.

Los autores recomiendan para todos los niños de origen subsahariano los siguientes exámenes de cribaje sistemático: hemograma, bioquímica elemental, test de tuberculina, serología de hepatitis B y examen de heces para la investigación de huevos y parásitos. Gota gruesa y extensión de sangre en niños con anemia o hepatomegalia o esplenomegalia, y muestras de piel y extensión sanguínea para detección de microfilarias en aquellos que presenten eosinofilia sanguínea.

COMENTARIO SOBRE EL BOTULISMO INFANTIL Y LA MIEL EN EUROPA

Infant Botulism and honey in Europe, a commentary

Sureli P, Franciosa G, Fenicia L.

Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 866-868.

La miel es tradicionalmente usada para calmar el llanto en los niños pequeños, considerándose como no nociva e incluso beneficiosa para su salud.

Según una reciente encuesta realizada en varios centros pediátricos italianos por el Centro Nacional de Referencia del Botulismo, el 25% de las madres utilizaban la miel con este propósito y ninguna conocía el riesgo potencial de esta práctica ni se lo consultaban a sus pediatras.

El botulismo infantil, reconocido des-

de 1976, es una toxiinfección intestinal causada por *C. botulinum*. La mayoría de los casos se observan en los primeros 6 meses de vida. Su clínica es variable, desde formas leves hasta un cuadro de muerte súbita. Hay más de 1.000 casos descritos en la literatura médica y en el 59% de los mismos existía el antecedente de ingesta de miel.

Del 6 al 10% de las muestras de miel testadas tienen contaminación más o menos intensa por *C. botulinum*.

Aunque el botulismo infantil es raro en Europa, la potencial gravedad de sus síntomas y su lenta recuperación determinan la importancia de su prevención evitando la exposición de los niños a las fuentes de infección conocidas, una de las cuales es la miel.

Los autores proponen la advertencia, en el etiquetado de los productos que contienen miel, que no deben ser consumidos por menores de un año, normativa ya vigente en algunos países.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Howard BJ y Wong J.

Pediatrics in Review (Ed esp) 2002; 23: 3-18.

Los problemas del sueño son muy frecuentes en la infancia, al menos el 20-30% de los niños los sufren. Muchas veces son un signo de trastornos emo-

cionales o familiares subyacentes y suelen ser fuente de estrés importante para la familia. También pueden condicionar trastornos del comportamiento y dificultar el aprendizaje.

Los autores de este trabajo abordan el tema y aportan una estrategia de manejo práctico muy interesante. En casi todos los casos, la anamnesis cuidadosa es suficiente para catalogar los problemas de sueño del niño y para definir un plan terapéutico individualizado.

Las alteraciones del sueño se pueden clasificar en: dificultad para conciliar o iniciar el sueño; despertares frecuentes una vez iniciado el sueño; y somnolencia diurna excesiva. Las dos primeras formas son muy frecuentes en los niños de todas las edades actualmente, sobre todo en los más pequeños. Los autores exponen el plan de abordaje de cada uno de estos problemas según la edad del niño. Al final resumen en una tabla los principios generales para la instauración de unos buenos hábitos de sueño, que de forma esquemática son:

1. Procurar un buen ambiente para dormir, un lugar tranquilo, oscuro y fresco. Siempre el mismo lugar.

2. Establecer una rutina amigable previa al momento de ir a dormir.

3. No dejar un biberón en la cuna al acostar al lactante.

4. Acostar al niño siempre que esté cansado y necesite dormir.

5. Enseñar al niño a dormirse sin la necesidad de un chupete o el contacto con un padre.

6. Evitar cambiar las rutinas por las exigencias del niño.

7. Evitar el hábito de ver la televisión antes de ir a dormir.

En resumen, un ejercicio de reflexión sobre los problemas del sueño en los niños, y una útil aportación práctica para abordar estos casos y establecer una estrategia de tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS: ¿QUÉ NOS DICEN LOS META-ANÁLISIS?

Fernández S, Nebot M, Jané M.

Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 175-187.

Revisión sistemática, que es en realidad un "meta-análisis de meta-análisis" cuyo objetivo es evaluar la eficacia de los programas educativos en el ámbito escolar, para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Se exponen algunos datos epidemiológicos sobre la magnitud del problema: casi un 30% de los muchachos/as de 15 años han fumado al menos un cigarrillo en el último mes, más de la mitad ha

consumido alguna bebida alcohólica y 1 de cada 5 ha fumado cannabis en los últimos 30 días.

Realizan una búsqueda de meta-análisis publicados, entre 1990 y 1999 en las bases de datos Medline y Cochrane, sobre programas de prevención de esas conductas adictivas.

Se seleccionan 5 estudios con meta-análisis de programas educativos que incluyen resultados de impacto sobre variables de: conocimiento, actitudes, habilidades, autoestima y conductas. Todos incluyen grupo control y criterios homogéneos de calidad. La variable dependiente utilizada más frecuentemente es la "magnitud del efecto": (media en el grupo de intervención-media en el control)/desviación estándar del control.

Aunque todos los programas producen cambios significativos en conocimientos, los interactivos, con mayor participación activa de los alumnos, son más eficaces en provocar cambios positivos en habilidades y conductas.

Tras hacer algunas consideraciones, sobre las limitaciones propias de los meta-análisis al aglomerar estudios con diferencias metodológicas, de evaluación, de variables tiempo, lugar, etc., emiten los autores algunas conclusiones, destacando: la existencia de un impacto posi-

tivo, consistente aunque limitado, en la mayoría de estos programas educativos. La necesidad de una mayor intensidad en su aplicación, con sesiones de refuerzo a medio y largo plazo, mayor preparación de los mediadores con incentiva-ción y apoyo a otros niveles. Son preferibles los programas interactivos, con aplicación por los profesores y participación de los iguales. Se debe hacer hincapié en los aspectos negativos del consumo a corto plazo, prefiriendo el entrenamiento en habilidades sociales y mejora de la autoestima, para rechazar las presiones que invitan al consumo. Recientemente se ha señalado la conveniencia de sustituir los mensajes de abstinencia total por los de consumo responsable, enseñando las diferencias entre uso y abuso.

ENFERMEDAD INVASORA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* ANTES Y DESPUÉS DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (1996-2000)

Goicoechea M, Fullana AM, Momparler P, Redondo MJ, Brines J y Bueno FJ.

Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 197-206.

Estudio epidemiológico original, realizado por pediatras hospitalarios y técnicos de Salud Pública valencianos, cuyo objetivo es evaluar la eficacia preventiva de la vacuna conjugada contra *Hae-*

mophilus influenzae tipo b, tras su administración masiva a la población infantil valenciana en los últimos años. La campaña con esta vacuna comenzó, en la Comunidad Valenciana, a finales de 1997, ligeramente antes que su inclusión en el calendario vacunal del Sistema Nacional de Salud.

Se recogen los datos de las historias clínicas de los 36 niños menores de 15 años ingresados en los 18 hospitales de la Red Pública valenciana, durante el período de estudio comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 2000, con el diagnóstico, clínico y de laboratorio, de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b. Con los datos protocolizados, de carácter clínico y epidemiológico, determinan tasas de incidencia anuales según edad, sexo y factores predisponentes, así como las formas de presentación, secuelas, tiempo de hospitalización y letalidad. Para el cálculo de la efectividad vacunal utilizan la fórmula de Oresteín: $EV = [(Tasa \text{ en NO vacunados} - Tasa \text{ en vacunados}) / Tasa \text{ en NO vacunados}] \times 100$.

Merece la pena destacar los siguientes resultados: La tasa anual por cada 100.000 niños menores de 15 años, cae de 3,56 en 1996, a 0,3 en 2000. En concordancia con otros estudios, la ma-

yoría de los casos (94%) ocurrieron en niños menores de 5 años, con ligera mayor incidencia en varones. Un 11% de los casos tenían algún factor de riesgo conocido, como inmunodeficiencia primaria, cardiopatía o malnutrición. La meningitis fue la forma de presentación más frecuente en un 67% de los casos, siguiéndole la sepsis en el 25% y la neumonía un 8%. La media de días de hospitalización fue de 11,8, precisando un 50% de los pacientes, estancia inicial en UVI. El 92% evolucionaron a la curación sin secuelas, siendo la letalidad del 5,6% para todo el período del estudio y no apareciendo ningún caso desfavorable en la población correctamente vacunada.

La efectividad vacunal fue del 75% en 1998 y del 100% en 1999, año en que se llegó a una cobertura de 3ª dosis en menores de 1 año del 92%. En el 2000 el único caso ocurrió entre los vacunados, por lo que no es posible calcular la eficacia en ese año. Es de destacar también, la protección conferida a los no vacunados por inmunidad de grupo, al disminuir el estado de portador en el grupo mayoritario de vacunados. En alguno de los casos ocurridos en vacunados, que podía hacer minusvalorar el efecto protector de la vacuna, el laboratorio comprobó posteriormente que se

trataba de *H. Haemophilus influenzae* tipo no b, para el que aquella no confiere protección.

Los autores concluyen, que dados los excelentes resultados obtenidos con la inmunización general, resulta muy con-

veniente seguir asegurando unas altas coberturas entre la población infantil y continuar la vigilancia epidemiológica, teniendo en cuenta la presencia de casos de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo no b.

Crítica de libros

PSIQUIATRÍA PARA PADRES Y EDUCADORES
CIENCIA Y ARTE

MJ. Mardomingo

Colección: Educación Hoy. Estudios.

Editorial Narcea. 2002

Interesante libro que recoge de una manera muy personal los problemas psiquiátricos más frecuentes, intentando compaginar la profundidad y rigor de los temas abordados con la claridad e interés de la exposición. Recomendado tanto para padres, y educadores, como para profesionales de la medicina. Una mirada actual que recoge los cambios de nuestro tiempo, la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas, las relaciones entre padres e hijos, el papel de la mujer y los nuevos modelos educativos. Temas abiertos que no dejan al lector indiferente.

Sus capítulos incluyen: trastornos de la alimentación: la realidad y el espejo; trastornos de ansiedad: el anhelo sin fin; trastornos de conducta: agresividad y violencia; trastornos obsesivo-compulsivos: el clamor de las olas; entorno familiar y psicopatología: la armonía añorada; tratamiento con psicofármacos: lo visible y lo invisible; déficit de atención e hiperactividad: el territorio de la inquietud; trastornos del ánimo: el exilio interior.

THE HARRIET LANE HANDBOOK

The Johns Hopkins Hospital

16ª edición 2002.

Editorial Mosby

Merece la pena reseñar la publicación una nueva edición de este libro de bolsillo que ha acompañado a residentes y pediatras desde hace más de 50 años. Eminentemente práctico, como era de esperar de un libro elaborado para residentes, tiene su especial interés en este entorno. Incluye como novedades un capítulo de dermatología con complejos algoritmos de aproximación diagnóstica y fotografías en color, se ha ampliado el capítulo de nutrición y se han incorporado evaluaciones sobre medicina basada en la evidencia, así como recursos de internet en casi todos los capítulos, para que el lector acuda en el caso de necesidad de profundización en un determinado tema.

Como es habitual y siendo prácticamente una tercera parte del libro se incluyen los rangos de laboratorio y toda la información básica sobre los medicamentos de empleo común en pediatría, formas de presentación (con el inconveniente de su denominación comercial para EEUU) y farmacocinética, dosis ajustadas, etc. Su índice de búsqueda es excelente, lo peor las siglas tan extendidas en medicina, especialmente en su país de origen.

MÉTODO ESTIVILL. GUÍA RÁPIDA
PARA ENSEÑAR A DORMIR A LOS NIÑOS

E. Estivill

Plaza & Janés, Barcelona, 2002

El presente libro constituye una reedición del exitoso libro *Duérmete niño* del mismo autor. Consta de 85 páginas con texto fácil de leer, un resumen con las ideas principales al final de cada capítulo e ilustraciones amenas. Se acompaña de un CD donde se puede encontrar una versión simplificada para escuchar mientras se hacen otras actividades.

Al menos un 35% de los niños menores de 5 años tienen problemas relacionados con el sueño. Conseguir que un

niño con problemas de sueño consiga quedarse dormido con facilidad y no se desvele repetidamente en la noche, es una tarea desesperante para muchos padres. Los padres sensibilizados y dispuestos a buscar una solución a estos problemas tienen en este libro una herramienta muy útil. Es un libro que rebosa sentido común, muestra a los padres que enseñar hábitos adecuados a sus hijos es posible y les muestra el camino. En definitiva, un libro muy recomendable para los padres de niños con problemas de sueño, y también, como fuente de conocimientos y consejos para utilizar en nuestras consultas.

