

Revistas

¿Están justificadas las dosis elevadas de adrenalina en la parada cardiorrespiratoria en niños?

Are high adrenalin doses justified in cardiorespiratory arrest in children?

Grupo de estudio de la Parada Cardiorrespiratoria en Pediatría.

An Pediatr (Barc). 2005;62:113-116.

¿Hay alguna relación entre la proximidad a líneas eléctricas de alta tensión y el riesgo de desarrollo de alguna forma de cáncer infantil?

Childhood Cancer in relation to distance from high voltage power lines in England and Wales: a case-control study.

Draper G, Vincent T, Kroll ME, Swanson J.

BMJ. 2005;330:1290-1293.

¿Hay alguna relación entre la exposición a infecciones comunes en el primer año de vida y el riesgo de desarrollar leucemia linfoblástica aguda?

Day care in infancy and risk of childhood acute lymphoblastic leukaemia: findings from UK case-control study.

Gilham C, Peto J, Simpson J, et al.

BMJ. 2005;330:1294-1297.

Control de los niños diagnosticados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad en atención primaria. Estudio de cohortes prospectivo.

Follow-up care of children identified with ADHD by Primary Care clinicians: a prospective cohort study.

Gardner W, Kelleher KJ, Pajer K, Campo JV.

J Pediatr. 2004;145:767-771.

Dolor abdominal crónico en el niño (informe clínico).

Chronic abdominal pain in children (clinical report).

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Pediatrics. 2005;59:812-815.

Intervenciones con y sin base científica en los problemas psicopatológicos de la infancia: un resumen.

Scientifically Unsupported and Supported Interventions for Childhood Psychopathology: a Summary.

Lilienfeld SO.

Pediatrics. 2005;115:761-764.

La budesonida nebulizada añadida no mejora los resultados de la dexametasona oral sola en el tratamiento de la laringitis.

Budesonide offers no advantage when added to oral dexamethasone in the treatment of croup.

Geelhoed GC.

Pediatr Emerg Care. 2005;21(6):359-362.

Seguimiento a largo plazo de los niños que han superado cualquier tipo de cáncer.

Long term follow up of survivors of childhood cancer.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, www.sign.ac.uk).

Guideline No. 76, January 2004.

Libros

Un año para toda la vida.

Mariela Michelena.

Madrid: Editorial Temas De Hoy; 2002.

Líquidos y electrolitos en pediatría. Guía básica.

P. Frontera Izquierdo, G. Cabezuelo Huerta y E.

Monteagudo Montesinos.

Barcelona: Masson SA; 2005.

Guía de síntomas y signos para establecer la sospecha de cáncer.

Referral Guidelines for Suspected Cancer in Adults and Children.

University of Leicester. Royal College of General Practitioners (RCGP). National Collaborating Centre for Primary Care / National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

June 2005. Leicester: University of Leicester; 2005.

Revistas

¿Están justificadas las dosis elevadas de adrenalina en la parada cardiorrespiratoria en niños?

Are high adrenalin doses justified in cardiorespiratory arrest in children?

Grupo de estudio de la Parada Cardiorrespiratoria en Pediatría.

An Pediatr (Barc). 2005;62:113-116.

La parada cardiorrespiratoria en la infancia es una situación con muy mal pronóstico tanto fuera como dentro del hospital, y en los últimos años se están intentando consensuar las recomendaciones de su tratamiento basadas en evidencias experimentales y clínicas, pero en muchos casos no existen suficientes evidencias y las recomendaciones dejan a la consideración del médico la administración del tratamiento. Un ejemplo de ello es la segunda y posteriores dosis de adrenalina en niños, fuera del periodo neonatal, para tratamiento de la parada. Para la primera dosis existe un consenso de expertos, pero para las siguientes no. Actualmente se aceptan dos opciones: repetir la dosis inicial de 0,01 mg/kg o bien utilizar megadosis de 0,1mg/kg (máximo 5mg/dosis). Con el fin de estudiar cuál es la dosis idónea realizan un estudio

prospectivo y multicéntrico en España durante 18 meses. Se analizó la supervivencia de 92 niños a los que se administró adrenalina por vía intravenosa o intraósea, un grupo con dosis bajas (12 niños) y otro con megadosis (80 niños). Los resultados sugieren que las dosis elevadas de adrenalina no consiguen mayor supervivencia que las dosis convencionales. Pero el estudio tiene limitaciones importantes que hay que tener en cuenta al valorar los resultados: el estudio no fue inicialmente diseñado para comparar las dosis de adrenalina, por lo que no pueden descartarse sesgos muestrales, además, el número de pacientes con dosis elevada fue muy superior, dado que en España las recomendaciones vigentes favorecen utilizar altas dosis. A pesar de las limitaciones es uno de los pocos análisis comparativos en niños sobre la eficacia de las diferentes dosis de adrenalina en la parada. Animan a realizar más estudios para poder concluir definitivamente la dosis más adecuada.

¿Hay alguna relación entre la proximidad a líneas eléctricas de alta tensión y el riesgo de desarrollo de alguna forma de cáncer infantil?

Childhood cancer in relation to distance from high voltage power

*lines in England and Wales:
a case-control study.*

Draper G, Vincent T, Kroll ME, Swanson J.
BMJ. 2005;330:1290-1293.

Las líneas eléctricas de alta tensión producen campos magnéticos de muy baja frecuencia en su entorno. Desde hace años existe preocupación e interés por desvelar si éstos pueden estar asociados al riesgo de desarrollar determinadas formas de cáncer infantil, en particular la leucemia aguda. En 2001, la International Agency For Research On Cancer clasificó la exposición continuada a los campos magnéticos de muy baja frecuencia como "posiblemente carcinógena" sobre la base de datos epidemiológicos "limitados". No se conoce qué tipo de exposición y en qué edad puede ser relevante para determinar este eventual riesgo.

El presente estudio de caso-control se ha diseñado para determinar la relación entre la proximidad del domicilio en el momento del nacimiento con las líneas de alta tensión y el riesgo de desarrollar cáncer infantil. Los casos fueron 29.081: niños de 0 a 14 años de edad con cáncer nacidos entre 1962 y 1995. Se encontró que los domiciliados en un radio de menos de 200 m de las líneas de alta tensión tenían un RR de desarrollar leucemia de 1,69 (IC 95%; 1,13-2,53) respecto de los domiciliados a más de 600 m de distan-

cia; no se encontró este tipo de asociación con otras formas de cáncer infantil.

Los autores destacan que no hay una explicación convincente del significado y relevancia de estos datos, y que hay un considerable margen de incertidumbre estadística, por lo que no descartan que pueda deberse al azar o a factores de confusión.

¿Hay alguna relación entre la exposición a infecciones comunes en el primer año de vida y el riesgo de desarrollar leucemia linfoblástica aguda?

Day care in infancy and risk of childhood acute lymphoblastic leukaemia: findings from UK case-control study.

Gilham C, Peto J, Simpson J, et al.
BMJ. 2005;330:1294-1297.

La leucemia infantil es una patología biológicamente diversa. La forma más común es la leucemia linfoblástica aguda (LLA) de precursores de células B con un pico de incidencia entre los 2 y 5 años de edad. Una de las numerosas hipótesis de trabajo en relación con las causas y factores de desarrollo de neoplasias infantiles como leucemias agudas es que éstas podrían estar causadas por una anómala respuesta a agentes infecciosos comunes. Esta investigación se ha desarrollado con el objetivo de probar esta hipótesis.

Se trata de un estudio de casos y controles. Se ha incluido a 6.305 niños de 2 a 14 años de edad sin cáncer, 3.140 niños con cáncer diagnosticado entre 1991 y 1996, de los cuales 1.286 eran LLA. La asistencia a guarderías en el primer año de vida fue usada como marcador de exposición a infecciones comunes. Se encontró una relación entre la asistencia a estas instituciones y un menor riesgo de LLA (OR 0,62; IC 95% 0,51-0,75). No se encontró tal relación para el caso de las neoplasias distintas a la LLA.

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que una exposición reducida a las infecciones comunes (interacción social regular con otros niños fuera del domicilio) en los primeros meses de vida aumenta el riesgo de desarrollar una leucemia linfoblástica aguda.

Control de los niños diagnosticados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad en atención primaria. Estudio de cohortes prospectivo.

Follow-up care of children identified with ADHD by Primary Care clinicians: a prospective cohort study.
Gardner W, Kelleher KJ, Pajer K, Campo JV.
J Pediatr. 2004;145:767-771.

Se trata de un estudio realizado en colaboración de varias redes de investi-

gadores norteamericanas, con el objetivo de documentar el seguimiento real, en las consultas de Atención Primaria o Especializada, de los niños con trastorno de déficit de atención (TDAH). Además de cuantificarlas durante el periodo de seguimiento, que es de 6 meses, indagan las características de paciente, médico, tratamiento, etc., que influyen en la frecuencia de consultas sucesivas.

Parten de una muestra, representativa de todo el país, del estudio "CBS" (Child Behavior Study) en que una red de investigadores seleccionan más de 20.000 niños de población general, para encuestarles sobre problemas de conducta. El presente trabajo se realiza sobre los 976 niños en los que realizó el diagnóstico de TDAH en la primera entrevista.

Tras firmar los correspondientes consentimientos, los médicos y los padres, cumplieron sendos cuestionarios, independientemente. Entre las preguntas, destacan: edad, sexo, formación en salud mental de los profesionales. Edad, sexo, etnicidad, tipo familiar y de aseguramiento, síntomas del inventario PSC (Pediatric Symptom Checklist), seguimiento por pediatra o psiquiatra, tipo de tratamiento, etc.

A los 6 meses los padres respondieron sobre el número de consultas de control, por TDAH, que habían realizado

sus hijos, detallando si era su pediatra o salud mental u otros.

Como resultados destacan: que un 4,8% de la muestra global del CBS recibían medicación por TDAH (en un 95% de los casos estimulantes). La media de visitas de seguimiento es de 1 al propio médico y 0 a especializada (media 2 y 1,8 respectivamente). Sólo un 26% recibían atención por especialistas de salud mental. Estos datos eran independientes de si el niño estaba o no recibiendo psicotropos. La frecuencia de visitas de control era significativamente mayor cuando el facultativo de primaria había recibido formación específica sobre el trastorno. Las únicas variables ligadas significativamente a mayor frecuencia en especializada fueron: raza negra, aseguramiento tipo Medicaid y características "internalizadoras" en PSC.

Los autores concluyen que es necesario incrementar el control evolutivo en consulta de estos niños, para facilitar cumplimiento, evitar efectos secundarios, etc.

Comentario: las características diferenciales de la sociedad española y la norteamericana muy probablemente influyan negativamente en la generalización de este estudio que, dicho sea de paso, adolece de cierta falta de claridad en la exposición de los resultados y las tablas.

Dolor abdominal crónico en el niño (informe clínico).

Chronic abdominal pain in children (clinical report).

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.

Pediatrics. 2005;59:812-815.

Interesante informe clínico justificado por los numerosos conceptos erróneos, dudas y conocimientos insuficientes en ésta área por parte de gran proporción de los profesionales sanitarios que atienden a niños.

En él, se precisan las definiciones clínicas correctas recomendadas para el dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante, se repasan las hipótesis fisiopatológicas y los factores psicológicos y se definen detalladamente los síntomas de alarma que indican la realización de exámenes complementarios en busca de una causa orgánica del cuadro.

De las conclusiones, en 9 puntos, destacan la necesidad del uso de una nomenclatura correcta, la poco frecuente necesidad de exámenes complementarios en ausencia de signos de alarma y de hemorragias ocultas en heces y la posibilidad de manejo exclusivo desde el ámbito de la atención primaria si se

sospecha únicamente trastorno funcional, aunque reconoce la necesidad en ocasiones de realizar dichos exámenes o derivaciones para tranquilizar al paciente o a su familia; también se advierte de la necesidad de educar a la familia como parte del tratamiento y se dan pautas de cómo hacerlo y cómo establecer unos objetivos terapéuticos razonables.

Finalmente, hace un extenso comentario sobre investigaciones futuras con varias sugerencias específicas.

Intervenciones con y sin base científica en los problemas psicopatológicos de la infancia: un resumen.

Scientifically Unsupported and Supported Interventions for Childhood Psychopathology: a summary.

Lilienfeld SO.

Pediatrics. 2005;115:761-764.

Existen más de 500 modalidades de tratamiento para trastornos psiquiátricos, muchas específicamente destinadas a la infancia; algunas de ellas han probado su eficacia en ensayos controlados pero la mayoría no han sido evaluadas e incluso otras se han demostrado ineficaces. El tratamiento de la psicopatología infantil ha estado sujeto a numerosas modas pasajeras muchas de ellas potencialmente peligrosas desde el punto de

vista psicológico o incluso físico para los niños y/o sus familias.

Este artículo, con 44 referencias bibliográficas, nos remite a grupos de trabajo y publicaciones dedicados a la evaluación de la base científica de los distintos tratamientos y nos ayuda a distinguir entre las intervenciones sustentadas científicamente de las que no lo son, llamando la atención de los lectores sobre los tratamientos mas o menos populares que son científicamente cuestionables o demostradamente ineficaces.

Centra la revisión en 3 entidades que son importantes en la infancia por ser crónicas y difíciles de tratar, lo que hace tanto a las familias como a los proveedores de cuidados vulnerables a las promesas de rápidas y dramáticas curaciones. Éstas son el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta. El autor revisa y comenta en cada una de ellas los resultados publicados de los diferentes tratamientos somáticos, psicológicos, farmacológicos y psicosociales más populares e insiste en que el tratamiento de los trastornos psicopatológicos infantiles debe estar bien fundamentado con bases científicas combatiendo los tratamientos científicamente cuestionables y facilitando la rápida difusión entre los clínicos de las intervenciones de eficacia demostrada lo que exige

mayor colaboración entre clínicos e investigadores.

La budesonida nebulizada añadida no mejora los resultados de la dexametasona oral sola en el tratamiento de la laringitis.

Budesonide offers no advantage when added to oral dexamethasone in the treatment of croup.

Geelhoed GC.

Pediatr Emerg Care. 2005;21(6):359-362.

La laringitis es un proceso muy frecuente en la edad pediátrica. Actualmente, se recomienda el uso de corticoides tanto de forma sistémica (dexametasona oral o parenteral, dosis hasta 0,6 mg/kg) como nebulizada (budesonida 2 mg); estudios recientes han mostrado que dosis bajas de dexametasona (0,15 mg/kg) pueden ser tan eficaces como dosis más elevadas. Se discute si la suma de dexametasona oral y budesonida nebulizada es superior a la dexametasona sola, y éste es el objetivo de este artículo.

Los autores estudian a 72 niños de 3 meses a 10 años de edad ingresados por laringitis (el 90% menores de 6 años de edad), a los que administran de forma aleatoria 2 mg de budesonida o placebo salino nebulizados, además de dexametasona oral a dosis de 0,15 mg/kg. Am-

bos grupos fueron similares y excluían a niños que hubieran recibido corticoides la semana anterior, y niños con estridor prolongado u otras patologías de base. No se encontraron diferencias en cuanto a las puntuaciones de parámetros clínicos durante el ingreso y la duración de éste (RR 1.3; 95% IC 0,82-2,1) entre ambos grupos. Concluyen que la adición de budesonida nebulizada no mejora los resultados de la dexametasona oral a dosis bajas. Estos hallazgos tienen importancia debido a que la administración de budesonida nebulizada tiene dos inconvenientes importantes: el alto coste y que precisa para su administración de dispositivos con cierta complejidad y también costosos, no disponibles en todos los centros donde pueden acudir niños con esta patología.

Seguimiento a largo plazo de los niños que han superado cualquier tipo de cáncer.

Long term follow up of survivors of childhood cancer.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, www.sign.ac.uk).

Guideline No. 76, January 2004.

Los niños que superan distintas formas de cáncer son cada vez más numerosos debido al mayor conocimiento de estas entidades y a las mejoras en los

tratamientos utilizados; es un campo con un desarrollo muy rápido y potente, al que se incorporan nuevos conocimientos con gran frecuencia. Entre los tratamientos utilizados, algunos pueden ocasionar efectos adversos que pueden dar la cara años después. Este documento es una guía desarrollada con el objetivo de proporcionar a los profesionales de atención primaria una herramienta para monitorizar el desarrollo y algunos de los posibles efectos adversos a largo plazo.

De todos los cánceres infantiles, una tercera parte son leucemias (de las cuales, el 80% son linfoblásticas agudas), un 25% tumores cerebrales y espinales, un 15% tumores embrionarios (neuroblastoma, retinoblastoma, Wilms y hepatoblastoma), un 11% son linfomas y el resto un conjunto de tumores menos frecuentes, osteosarcoma y tumor de Ewing entre otros. La supervivencia global en Escocia es del 73% (en el periodo 1992-1996, y con un rango entre el 53 y 96%). En un estudio citado, se menciona que el riesgo de fallecimiento antes de los 21 años de edad entre los supervivientes es mayor entre las mujeres, los diagnosticados antes de los 5 años de edad, además de los diagnosticados de leucemia y de tumor del sistema nervioso central. Entre las causas de falleci-

miento se citan la recurrencia del cáncer original, aparición de segundos cánceres, y efectos adversos cardíacos y pulmonares.

Esta guía aporta instrumentos para supervisar el desarrollo y crecimiento, desarrollo puberal y factores relacionados con la fertilidad, monitorización de efectos adversos cardíacos, función tiroidea, neurodesarrollo y salud mental. No aborda otros aspectos como los segundos cánceres, efectos adversos renales, respiratorios y hepáticos.

Es un documento desarrollado con la metodología de la medicina basada en pruebas. Puede obtenerse en www.sign.ac.uk en dos formatos; una guía breve, tamaño A4 (tríptico), y la guía completa, de 37 páginas. Una herramienta muy útil para los pediatras que cuentan entre su población algún niño que ha superado cualquier forma de cáncer.

Libros

Un año para toda la vida.

Michelena M.

Madrid: Editorial Temas de Hoy; 2002.

Mariela Michelena, psicóloga, miembro de la Sociedad Psicoanalítica Internacional nos acerca a ese fascinante primer año de vida, durante el cual el bebé se transforma mes a mes. Nunca, en

ninguna etapa, se aprende tanto como en ésta: llorar, mamar, reír, esperar, jugar, despedirse, hablar, andar... Es un libro distinto, no es un recetario "psicológico", ni un manual de puericultura, sino que pretende acompañar a cualquier mamá desde que sueña con un hijo, hasta que le ve dar sus primeros pasos. Es decir, atender a sus fantasías, sus respuestas a veces inesperadas, su inmensa ternura, sus temores, incluso su rabia o su sentimiento de frustración. Ese "puente" que crece primero en el vientre y luego en los brazos, y que une a una madre y a su bebé, forma parte de un secreto y hermoso mundo emocional que se intenta desentrañar en las páginas de este libro. Muy interesante para recomendar a las madres en los primeros días de vida de sus hijos.

Líquidos y electrolitos en pediatría. Guía básica.

P. Frontera Izquierdo, G. Cabezuelo Huerta y E. Monteagudo Montesinos.
Barcelona: Masson SA; 2005.

El libro incluye 20 capítulos y tres anexos. Es exhaustivo, abarca los trastornos electrolíticos en profundidad. Una buena parte del texto se dedica a la gastroenteritis aguda, la deshidratación y rehidratación, los desequilibrios ácido-base y su corrección.

Parece un libro más orientado a actualizar o repasar conocimientos que un manual de consulta rápida para resolver dudas urgentes. Es decir, un libro de consulta y no tanto un manual para urgencias o consulta.

Utiliza un lenguaje sencillo y cercano con un buen interlineado y tamaño de letra e intenta sintetizar lo importante con un resumen de ideas al final del capítulo, algo que siempre se agradece. Incorpora alguna tabla, no demasiadas, aunque se compensa con el anexo al final del texto. Sin embargo, se echan en falta más algoritmos y tablas-resumen que ayudan a fijar datos y a elaborar mejor los conceptos. Se ve, de todas formas, que no se pierde de vista el objetivo de no quedarse en la teoría narrativa y que busca hacerse entender como muestran los casos prácticos que incorporan en algunos capítulos y de forma más extensa al final del libro en un anexo. Es, también, un texto actual, incorpora tendencias actuales y nuevas guías de actuación.

En definitiva, parece un buen texto de consulta, manejable por el tamaño, que trata un número de temas amplio de forma exhaustiva, y que incorpora anexos, ideas-resumen y casos prácticos que ayudan a su comprensión. Un último detalle, se agradece mucho el índice,

algo que parece una nimiedad pero que algunos textos de bolsillo recientes no incorporan y reducen mucho su utilidad.

Guía de síntomas y signos para establecer la sospecha de cáncer.

Referral Guidelines for Suspected Cancer in Adults and Children.

University of Leicester. Royal Collage of General Practitioners (RCGP). National Collaborating Centre for Primary Care/National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

June 2005. Leicester: University of Leicester; 2005.

Se trata de una publicación destinada a proporcionar a los profesionales de Atención Primaria recomendaciones basadas en pruebas para la evaluación de síntomas y signos de sospecha y la detección precoz de cáncer en niños y adultos.

El diagnóstico y tratamiento de las distintas formas de cáncer se ha transformado sustancialmente en las últimas décadas y una de las áreas de mejora sigue siendo el diagnóstico precoz. Este documento analiza los distintos síntomas y signos relacionados con la presentación inicial de los distintos tipos de cáncer, destacando cuáles de ellos pueden y deben despertar la sospecha de cáncer y, por lo tanto, la necesidad de derivación a un centro con capacidad de diagnóstico de estas entidades.

El documento es muy extenso, 791 páginas, y prolijo. Dedicar dos apartados específicos a los cánceres en la edad infantil (algoritmos en las páginas 119 a 122 –muy interesantes–, y descripción detallada en las páginas 660 a 739. Puede obtenerse en formato pdf en www.nice.org.uk/page.aspx?o=261649