

# PEDIATRICS

*páginas electrónicas*

Las páginas electrónicas de PEDIATRICS representan la extensión en Internet de la Revista PEDIATRICS, proporcionando investigación pediátrica original a través de este emergente medio de comunicación.

Cada mes se publican en las páginas electrónicas de PEDIATRICS de 6 a 10 nuevos artículos revisados por expertos cubriendo importantes avances médicos. En esta sección de cada número de PEDIATRICS aparecen los resúmenes de los artículos de las páginas electrónicas de PEDIATRICS. Los artículos originales completos solamente se hallan disponibles en las páginas electrónicas de PEDIATRICS.

Las páginas electrónicas de PEDIATRICS incorporarán finalmente características especiales solamente disponibles a través de Internet, como potentes capacidades de búsqueda, documentos reservados on-line, avances especiales de números próximos de PEDIATRICS y de las páginas electrónicas de PEDIATRICS e hiperenlaces para la navegación ampliada.

Para el acceso a las páginas electrónicas de PEDIATRICS es necesario disponer de una conexión a Internet (disponible a partir de un suministrador de Internet o de un suministrador on-line) y de un World-Wide Web browser (una pieza de software diseñada para permitir el acceso y obrar recíprocamente con materiales del World-Wibe Web). El lugar se halla localizado en <http://www.pediatrics.org> en el World-Wide Web.

## Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- e547 Tratamiento de los derrames paraneumónicos en el niño. *B.A. Kurt et al*
- e554 Diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia de origen alimentario. *S.D. Krugman et al*
- e561 Ciprofloxacino/dexametasona en la otitis media aguda. *J. Dohar et al*
- e570 Efecto inmunógeno de la vacuna antigripal. *E.B. Walter et al*
- e579 Inmunización con la vacuna antigripal trivalente inactivada. *J.A. Englund et al*
- e586 Rehabilitación cardíaca en los niños con cardiopatías congénitas graves. *J. Rhodes et al*
- e594 Riesgo de obesidad en la fase precoz de la infancia. *P.R. Nadler et al*, en representación del Nacional Institute of Chile Health y la Human Development Early Chile Care Research Network
- e602 Efecto inmunógeno y seguridad de una vacuna inactivada de la hepatitis A. *T. Nolan et al*
- e610 Ingresos por gripe en el Canadian Immunization Monitoring Program Active, 2003-2004. *D.L. Moore et al*
- e620 Adiestramiento frente al terrorismo en los programas de pediatría, medicina de familia y medicina de urgencias. *S.D. Martin et al*
- e627 Diabetes tipo 1 en los niños como factor de riesgo para el cambio de la geometría ósea. *S. Bechtold et al*
- e635 Concentraciones de eritropoyetina y evolución del desarrollo neurológico. *R. Bierer et al*
- e641 Efecto de un suplemento de cáscara de cacao sobre el tránsito colónico. *G. Castillejo et al*
- e649 Conductas reproductivas hipotética y real en los progenitores de niños con fibrosis quística. *S.M. Sawyer et al*
- e657 Asistencia de los niños con síndrome alcohólico fetal. *S. Gahagan et al*
- e669 Evoluciones perinatales adversas y riesgo de intento de suicidio posparto. *M.A. Schiff et al*
- e676 Detección de derivados proteicos del paracetamol. *L.P. James et al*, y el Pediatric Acute Liver Failure Study Group
- e682 Lactancia materna y retraso del desarrollo. *A. Sacker et al*
- e690 Tolerancia al ejercicio en los síndromes de hipermovilidad o hipomovilidad articular. *R.H.H. Engelbert et al*
- e697 Trastorno olfatorio en niños con el síndrome de delección 22q11. *C. Sobin et al*
- e704 Beneficios relativos del tratamiento estimulante con metilfenidato OROS. *D.J. Cox et al*
- e711 Tenofovir disoproxil fumarato y una pauta basal óptima de agentes antirretrovíricos como tratamiento de recuperación. *R.I. Gafni et al*
- e719 Temas espirituales al término de la vida. *M.R. Robinson et al*
- e730 ¿Por qué son los latinos el grupo racial/étnico con menos seguros sanitarios? *G. Flores et al*
- e741 Ronquido crónico y sueño en los niños. *M.C. Lopes et al*
- e747 Proteína S100B en los recién nacidos con retraso del crecimiento intrauterino. *P. Florio et al*
- e755 Edad de comienzo de la dependencia alcohólica. *R.W. Hingson et al*
- e764 Tratamiento inmunodepresor y alergias en niños y adolescentes sometidos a trasplantes de órganos. *E. Dehlink et al*
- e771 Función cognitiva y conducta en los niños con hipertrofia adenoidea-amigdalara. *P.M. Surat et al*
- e782 Presentación y marcadores ecocardiográficos de la miocardiopatía hipertensiva neonatal. *A.L. Peterson et al*
- e786 Insuficiencia renal aguda infantil. *P. Vachvanichsanong et al*
- e792 Depresión materna y exposición a la violencia. *M. Silverstein et al*
- e801 Características epidemiológicas de la enfermedad neumocócica invasiva. *A. Vergison et al*, en representación del Belgian Invasive Pneumococcal Disease Study Group
- e810 Colaboración de los pediatras en una actuación para prevenir y abandonar el tabaquismo. *L. Pbert et al*
- e825 Velocidad de conducción en el nervio mediano y tiempo de conducción central. *A.S.P. van Trotsenburg et al*
- e833 Efectos renales y cardiovasculares del tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. *R. Lubrano et al*
- e839 Papel de los profesionales de la salud pediátrica en la labor de impartir consejos de crianza. *T.M. Dumont-Mathieu et al*
- e849 Pacientes visitados en las consultas de seguimiento pediátrico atendidas por residentes y las prácticas del National Ambulatory Medical Care Survey. *J.R. Serwint et al*, en representación de CORNET Investigators
- e859 Inseguridad alimentaria y riesgos de depresión y ansiedad en las madres y de problemas de conducta en sus hijos preescolares. *R.C. Whitaker et al*
- e869 Estado de organización neonatal, maduración neurológica, interacción madre-hijo y desarrollo cognitivo. *R. Feldman et al*
- e879 Asignación del estadio en la enfermedad de Krabbe del lactante. *M.L. Escobar et al*
- e890 Tabaquismo en el joven. *A.V. Prokhorov et al*, en representación del Tobacco Consortium, American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research
- e904 Tratamiento de la púrpura de Schonlein-Henoch de carácter grave. *D.L. Preud'Homme et al*
- e907 Hemangiomas cutáneos múltiples infantiles asociados con angiosarcoma hepático. *K.M. Nord et al*
- e914 Síndrome de Churg-Strauss en el niño. *D. Boyer et al*
- e921 Tratamiento combinado con corticoides y ciclosporina en la enfermedad de Kimura. *S. Sato et al*
- e924 Inyección intravenosa de tabletas farmacéuticas en un adolescente con fibrosis quística. *K.J. Smith et al*
- e929 Probable transmisión intrafamiliar del virus coxsackie B3. *L.L. Cheng et al*
- e934 Hojas informativas para el cribado neonatal. *C.I. Kaye*, y el Committee on Genetics

**RESUMEN. Tratamiento de los derrames paraneumónicos en el niño: cirugía toroscópica asistida por vídeo frente al drenaje convencional por toracotomía.** Beth A. Kurt, MD, Kimberly M. Winterhalter, MD, Robert H. Connors, MD, Bradford W. Betz, MD, y John W. Winters, MD.

*Resultados.* Participaron 18 pacientes en el estudio: 10 tratados con cirugía toroscópica asistida por vídeo y ocho mediante toracotomía convencional. Ambos grupos eran demográficamente similares. No hubo mortalidad y todos los pacientes fueron dados de alta a su domicilio con una evolución aceptable. Sin embargo, se observaron diferencias estadísticas en múltiples variables. En efecto, la duración de la estancia hospitalaria, el número de días con el tubo de drenaje, el uso de opiáceos, el número de procedimientos radiográficos y los procedimientos de intervención fueron todos ellos menores en los pacientes del grupo tratado con cirugía toroscópica asistida por vídeo. Además, ningún paciente de este grupo precisó tratamiento fibrinolítico, lo que constituyó también una diferencia estadística con el grupo de drenaje por toracotomía.

*Conclusiones.* Los resultados del presente estudio sugieren poderosamente que la cirugía toroscópica asistida por vídeo para la evacuación de los derrames paraneumónicos es superior al drenaje por toracotomía convencional. *Pediatrics.* 2006;118:e547-e553.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2719](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2719)

**RESUMEN. Diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia de origen alimentario: encuesta nacional a los pediatras.** Scott D. Krugman, MD, MS, Delia R. Chiaramonte, MD, y Elizabeth C. Matsui, MD, MHS.

*Resultados.* Respondieron a la encuesta 468 pediatras (41%). La mayoría de ellos pertenecía al sexo femenino (58%), ocupaba más del 50% de su tiempo en un ámbito clínico (78%) y asistía a pacientes por problemas de alergia alimentaria (86%). En conjunto, el 70% de los pediatras coincidió en que la clínica era compatible con anafilaxia y el 72% administraba adrenalina. Sin embargo, sólo en el 56% se produjo la coincidencia del diagnóstico de anafilaxia y el tratamiento con adrenalina. La mayoría de los pediatras (70%) no consideraba que, después de la anafilaxia, un período de observación de 30 minutos era demasiado corto. En comparación con los pediatras que no asistían a pacientes con alergia alimentaria, los pediatras que asistían a pacientes con este tipo de alergia presentaron una probabilidad más elevada de coincidir con el diagnóstico de anafilaxia (73% frente a 59%), con el tratamiento de la reacción con adrenalina (73% frente a 64%) y con la prescripción de adrenalina autoinyectable (83% frente a 66%). Cuanto mayor era la certeza de los pediatras de que el niño presentaba una reacción anafiláctica, tanto más probable era que estuvieran de acuerdo en tratarla con adrenalina. En general, el hecho de haber asistido recientemente a un curso de educación médica continuada no predijo unos mayores conocimientos a este respecto.

*Conclusión.* Aunque la mayoría de los pediatras poseía ciertos conocimientos sobre la anafilaxia de origen alimentario, en una proporción importante existían lagunas que podían dificultar su capacidad para asistir de un modo óptimo a los niños con anafilaxia alimentaria. Es posible que los pediatras que asisten a pacientes con alergia alimentaria estén más preparados para afrontar la anafilaxia que quienes no prestan asistencia a esta clase de pacientes. Dado

que la educación médica continuada no fue un elemento significativo para predecir unos mayores conocimientos sobre estos problemas, es posible que una estrategia más adecuada para educar a los pediatras de asistencia primaria sea la de lograr que los residentes de pediatría adquieran experiencia en tratar a pacientes con alergias alimentarias. *Pediatrics.* 2006;118:e554-e560.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2906](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2906)

**RESUMEN. La aplicación tópica de ciprofloxacino/dexametasona es superior a la administración oral de amoxicilina/ácido clavulánico en la otitis media aguda con otorrea por los tubos de timpanostomía.** Joseph Dohar, MD, William Giles, MD, Peter Roland, MD, Nadim Bikhazi, MD, Sean Carroll, DO, Roderick Moe, MD, Bradley Reese, MD, Sheryl Dupre, MS, Michael Wall, PhD, David Stroman, PhD, Celeste McLean, BS, y Krista Crenshaw, MS.

*Resultados.* La mediana del tiempo transcurrido hasta el cese de la otorrea fue significativamente más breve con la suspensión ótica de ciprofloxacino/dexametasona que con la suspensión oral de amoxicilina/ácido clavulánico (4,0 días frente a 7,0 días; n = 79). Ello dio lugar a que hubiera un número significativamente mayor de curaciones en la visita de control (85% frente a 59%, respectivamente). Los efectos adversos frecuentes (> 3%) relacionados con la suspensión ótica de ciprofloxacino/dexametasona incluyeron la otalgia (5,1%) y los relacionados con la suspensión oral de amoxicilina/ácido clavulánico consistieron en diarrea (19,5%), dermatitis (7,3%) y gastroenteritis (4,9%).

*Conclusiones.* El tratamiento tópico con una suspensión ótica de ciprofloxacino/dexametasona es superior a la administración oral de una suspensión de amoxicilina/ácido clavulánico, con más curaciones clínicas y un cese más precoz de la otorrea, así como menos efectos secundarios en los niños con otitis media aguda con otorrea a través de los tubos de timpanostomía. *Pediatrics.* 2006;118:e561-e569.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2033](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2033)

**RESUMEN. Efecto inmunógeno de la vacuna antigripal en niños de 6 a 23 meses de edad: ¿son necesarios que los antígenos sean idénticos para lograr un efecto de estimulación previa?** Emmanuel B. Walter, MD, MPH, Kathleen M. Neuzil, MD, MPH, Yuwei Zhu, MD, MS, Mary P. Fairchok, MD, Martha E. Gagliano, MD, Arnold S. Monto, MD, y Janet A. Englund, MD.

*Resultados.* Un total de 468 niños fueron distribuidos al azar para recibir la pauta de vacunación primaveral con la vacuna antigripal trivalente inactivada (n = 233) o con la pauta otoñal (n = 235). Se observaron unas excelentes tasas de respuesta frente al antígeno A/H1N1, con niveles de anticuerpos  $\geq 1:32$ , tanto en el grupo de primavera (86%) como de otoño (93%). La tasa de respuesta a A/H1N1 no fue inferior en el grupo de primavera que en el de otoño. Esta ausencia de inferioridad no se halló con respecto a los otros dos antígenos: para A/H3N2, la respuesta fue del 70% en el grupo de primavera y del 83% en el de otoño, y la respuesta al antígeno B fue del 39% en el grupo de primavera y del 88% en el de otoño. Después de dos dosis de vacuna, la media geométrica de los títulos de anticuerpos fue también menos sólida en el grupo de primavera para los antígenos A/H3N2 y B. Para cada uno de los tres antí-

genos vacunales, la media geométrica de los títulos de anticuerpos del grupo de primavera frente al grupo de otoño fueron: A/H1N1,  $79,5 \pm 3,3$  y  $91,9 \pm 2,6$ ; A/H3N2,  $57,1 \pm 41,1$  y  $77,8 \pm 3,7$  y B,  $18,0 \pm 2,4$ , y  $61,6 \pm 2,5$ . Sin embargo, en comparación con los niños del grupo de otoño que recibieron su primera dosis de vacuna antigripal trivalente, una proporción significativamente mayor de niños del grupo de primavera alcanzó unos niveles potencialmente protectores de anticuerpos frente a los tres antígenos después de la primera dosis de otoño. En cuanto al antígeno A/H1N1, se observaron unos niveles de anticuerpos  $\geq 1:32$  en el 86% de los niños del grupo de primavera, frente al 55% de los niños del grupo de otoño. De igual modo, con respecto al antígeno A/H3N2, el 70% del grupo de primavera y el 47% del grupo de otoño alcanzó los mencionados niveles; en cuanto al antígeno B, las proporciones fueron del 39 y 16%, respectivamente. La reactogenicidad tras la vacuna antigripal trivalente inactivada fue mínima en ambos grupos y no difirió según la dosis.

**Conclusiones.** Aunque la respuesta inmunitaria frente al antígeno vacunal A/H1N1 idéntico fue similar en ambos grupos, la estimulación lograda con los antígenos A/H3N2 y B diferentes en el grupo de primavera produjo una menor respuesta inmunitaria frente a ambos antígenos que la lograda en los niños que recibieron dos dosis de la misma vacuna en otoño. Sin embargo, alrededor del 70% de los niños del grupo de primavera presentó una respuesta protectora frente al antígeno H3N2 después de dos dosis. El inicio de la vacunación antigripal en primavera fue superior a la administración de una dosis de vacuna antigripal trivalente inactivada en otoño. El objetivo de administrar dos dosis de vacuna antigripal con un mes de diferencia a los niños no vacunados anteriormente, dentro del estrecho margen de la temporada gripal, constituye un problema aún no resuelto, pues hasta el momento sólo cerca de la mitad de los niños de 6 a 23 meses de edad reciben la vacuna. Al usar la pauta de primavera, fue posible administrar dos dosis de vacuna antigripal trivalente inactivada a una mayor proporción de niños al comienzo de la temporada gripal. En los años en que haya un amplio suministro de vacuna antigripal y quede un excedente suficiente al final de la temporada, la estimulación previa lograda al administrar una dosis en primavera a los lactantes que no la hayan recibido anteriormente logrará una protección más precoz en otoño en una proporción más elevada de lactantes. Esta estrategia puede ser particularmente ventajosa cuando la temporada gripal comienza pronto, como ocurrió en otoño de 2003. Una dosis de estimulación previa en primavera puede ofrecer también otras ventajas. En muchos niños que no han sido vacunados anteriormente puede omitirse la segunda dosis de otoño debido a escasez de la vacuna u otros motivos, como la administración potencial de nuevos antígenos en una fecha tardía. Incluso a pesar de los cambios estacionales en los antígenos de la vacuna antigripal, al administrar una dosis de vacuna antigripal trivalente inactivada en primavera se lograría una mayor protección que cuando sólo se puede aplicar una dosis en otoño. En resumen, los presentes datos sugieren que no es necesario administrar antígenos gripales idénticos para estimular a los niños que no han recibido antes la vacuna, y que los nuevos usos de la vacuna antigripal, como la dosis de primavera, pueden servir de ayuda para lograr una inmunización más precoz y completa en los niños de corta edad. *Pediatrics*. 2006;118:e570-e578.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0198](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0198)

**RESUMEN. Inmunización con la vacuna antigripal trivalente inactivada en los niños de corta edad parcialmente inmunizados.** Janet A. Englund, MD, Emmanuel B. Walter, MD, MPH, Adepeju Gbadebo, MS, Arnold S. Monto, MD, Yuwei Zhu, MD, MS, y Kathleen M. Neuzil, MD, MPH.

**Resultados.** Completaron el estudio 56 de 58 niños que fueron inmunizados previamente (grupo 1) y 63 de 64 niños que recibieron la vacuna por primera vez (grupo 2). Los grupos eran similares, a excepción de que los niños del grupo 1 eran mayores al recibir la segunda dosis de la vacuna antigripal trivalente inactivada. La reactogenicidad no varió según la edad o el plazo entre las dosis. Las respuestas de anticuerpos al antígeno gripal A/H1N1 no modificadas, cuatro semanas después de la segunda dosis, fueron similares en ambos grupos, con buenas respuestas de la media geométrica de los títulos de anticuerpos ( $75,2$  frente a  $69,1$ ) y del porcentaje de niños con títulos de anticuerpos  $\geq 1:32$  ( $82,1\%$  en el grupo 1 frente a  $85,7\%$  en el grupo 2). En cuanto al antígeno A/H3N2, que cambió de 2003 a 2004, se observó una media geométrica de los títulos de anticuerpos significativamente más elevada en el grupo 1 que en el grupo 2 ( $156$  frente a  $53,7$ ), pero ambos grupos presentaron unas tasas de seroconversión muy elevadas y sin diferencia estadística entre ambas ( $91\%$  frente a  $84\%$ ). La respuesta de anticuerpos al antígeno gripal B fue significativamente menor en el grupo 1, que recibió sólo una dosis de vacuna de 2005, en cuanto a la media geométrica del título de anticuerpos y al porcentaje con anticuerpos  $\geq 1:32$ . La media geométrica del título de anticuerpos del grupo 1 fue de  $13,8$  y la del grupo 2 de  $49,1$ . Sólo el 27% de los niños del grupo 1 alcanzó unos niveles de anticuerpos  $\geq 1:32$  frente al antígeno B, en comparación con el 86% en el grupo 2. Mediante el análisis de regresión logística se determinó también que los niños mayores presentaban unos niveles potencialmente menos protectores frente al antígeno B. En conjunto, la ausencia de inferioridad de la respuesta de anticuerpos del grupo 1, en comparación con el grupo 2, se confirmó para el antígeno A/H3N2, fue marginalmente significativa para A/H1N1 y no se confirmó para la gripe B.

**Conclusiones.** La valoración de las respuestas inmunitarias en los niños después de los cambios en la composición de las vacunas tiene importancia debido a que las vacunas antigripales se modifican con frecuencia, lo que no sólo afecta a las respuestas de anticuerpos en los niños parcialmente vacunados, sino también potencialmente a las respuestas inmunitarias en los que están vacunados de un modo más completo. En el presente estudio, un cambio en dos antígenos vacunales diferentes permitió valorar y comparar el impacto de los antígenos estimuladores originales después de unos cambios relativamente pequeños en un antígeno (A/H3N2) o de unos cambios antigénicos considerables en otro antígeno vacunal (B). Los sujetos presentaron unas respuestas relativamente buenas a los cambios discretos en los antígenos (A/H3N2). El virus circulante puede haber estimulado a los lactantes de ambos grupos frente a un antígeno más estrechamente relacionado con la cepa A/H3N2 de 2004. La elevada respuesta de anticuerpos frente al A/H3N2 tras la segunda dosis de vacuna antigripal trivalente inactivada en los niños vacunados en el otoño anterior con una vacuna diferente es compatible con el hecho de que hubiera más niños del grupo 1 durante la epidemia y, por lo tanto, con más probabilidad de haber experimentado la estimulación por la infección natural. Por el contrario, se observó una menor respuesta de anticuerpos al anti-

geno gripal B en los niños estimulados con la vacuna previa de 2003, lo cual sugiere que el cambio importante producido en la composición del virus B en la vacuna de 2004 redujo el beneficio de la estimulación de la vacunación previa. Los presentes hallazgos recuerdan las respuestas de anticuerpos que se observan en niños tras la vacunación con antígenos gripales diferentes, pero nuevos, como la vacuna antigripal de origen porcino (influenza A/swine/1976/37-like virus). Los presentes resultados deben tenerse en consideración al valorar nuevas vacunas con virus nuevos en niños de corta edad, como las nuevas cepas frente a una pandemia gripal. Hay que considerar la necesidad de administrar múltiples dosis de vacuna para producir unos niveles de anticuerpos potencialmente protectores en los niños, incluso cuando escasean las existencias de la vacuna. *Pediatrics*. 2006;118:e579-e585.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0201](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0201)

**RESUMEN. Efectos mantenidos de la rehabilitación cardíaca en los niños con cardiopatías congénitas graves.** Jonathan Rhodes, MD, Tracy J. Curran, MS, Laurel Camil, MS, Nicole Rabideau, MS, David R. Fulton, MD, Naomi S. Gauthier, MD, Kimberlee Gauvreau, ScD, y Kathy J. Jenkins, MD, MPH.

**Resultados.** La función del ejercicio en los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca no cambió de forma significativa 6,9 meses después de haber finalizado el programa de rehabilitación cardíaca; el porcentaje previsto de consumo máximo de oxígeno y la tasa máxima de ejercicio permanecieron significativamente por encima de los valores basales previos a la rehabilitación cardíaca. Estos cambios se asociaron con mejorías de la autoestima, de la conducta y del estado emocional. En cambio, en los sujetos de control se observaron pequeños descensos, estadísticamente no significativos, en los valores máximos del consumo máximo de oxígeno y en la tasa de trabajo máximo en la prueba final de ejercicio, en comparación con los valores basales, obtenidos un año antes. Las mejorías alcanzadas por los pacientes del grupo de rehabilitación cardíaca difirieron significativamente de los cambios simultáneos observados en los sujetos de control y se debieron, al parecer, a un aumento en el pulso de oxígeno en el momento de máximo ejercicio; no se hallaron cambios significativos en la frecuencia cardíaca máxima.

**Conclusiones.** En los pacientes con cardiopatías congénitas, la rehabilitación cardíaca produce unas mejorías significativas en la función del ejercicio, así como en la conducta, la autoestima y el estado emocional. *Pediatrics*. 2006;118:e586-e593.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0264](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0264)

**RESUMEN. Identificación del riesgo de obesidad en la fase precoz de la infancia.** Philip R. Nader, MD, Marion O'Brien, PhD, Renate Houts, PhD, Robert Bradley, PhD, Jay Belsky, PhD, Robert Crosnoe, PhD, Sarah Friedman, PhD, Zuguo Mei, MD, y Elizabeth J. Susman, PhD, en representación del Nacional Institute of Chile Health y la Human Development Early Chile Care Research Network.

**Resultados.** El mantenimiento de la obesidad es manifiesto en el período preescolar y en la escuela primaria. Los niños que presentan siempre sobrepeso (percentil  $\geq$  85) du-

rante el período preescolar tienen unas probabilidades cinco veces mayores de continuar con sobrepeso a los 12 años de edad, en comparación con aquellos otros con un índice de masa corporal (IMC) por debajo de dicho percentil en los tres años preescolares. Durante el período de la escuela primaria, edades de 7, 9 y 11 años, cuanto más numerosas son las ocasiones en que un niño presenta sobrepeso, tanto mayores son las probabilidades de que siga presentándolo a los 12 años en comparación con los niños que nunca han presentado sobrepeso. El 60% de los niños que presentaron sobrepeso en algún momento durante el período preescolar y el 80% de los niños que presentaron sobrepeso en algún momento del período de la enseñanza primaria presentaron sobrepeso a los 12 años de edad. Los cálculos del control de seguimiento demostraron que dos de cada cinco niños cuyos IMC fueron superiores o iguales al percentil 50 a la edad de tres años presentaron sobrepeso a los 12 años de edad. Ningún niño cuyo IMC fue inferior al percentil 50 en todos los momentos del período de la enseñanza primaria presentó sobrepeso a los 12 años de edad. Los niños que presentan un IMC en el margen más elevado, pero no a nivel del percentil 85, también es más probable que presenten sobrepeso a los 12 años de edad. Incluso en los momentos anteriores e incluyendo los nueve años de edad, los niños cuyos IMC se hallan entre los percentiles 75 y 85 presentan una probabilidad de alrededor de un 40 a 50% de tener sobrepeso a los 12 años de edad. Los niños que a los 54 meses de edad tienen unos IMC entre los percentiles 50 y 75 presentan una probabilidad cuatro veces más elevada de tener sobrepeso a los 12 años de edad en comparación con los que presentan un IMC inferior al percentil 50 y los que presentan un IMC entre los percentiles 75 y 85 tienen una probabilidad más de seis veces más elevada de presentar sobrepeso a los 12 años de edad en comparación con los que tienen un IMC inferior al percentil 50.

**Conclusiones.** Los datos del presente estudio indican que los niños con unos IMC superiores al percentil 85, así como los que presentan unos IMC en el margen más elevado, es más probable que sigan ganando peso y alcancen un estado de sobrepeso en la adolescencia en comparación con los niños cuyo IMC es inferior al percentil 50. Los pediatras deben aconsejar a los padres que empiecen a enfocar los patrones de alimentación y actividad de los niños de alto riesgo en lugar de retrasar su conducta en la espera de que el sobrepeso y los patrones que lo apoyan desaparezcan por sí mismos. La identificación de los niños expuestos al riesgo de obesidad en la adolescencia proporciona a los médicos una oportunidad para una intervención más precoz con el objetivo de limitar la progresión de una ganancia anormal de peso que lleve al desarrollo de la morbilidad relacionada con la obesidad. *Pediatrics*. 2006;118:e594-e601.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2801](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2801)

**RESUMEN. Efecto inmunógeno y seguridad de una vacuna inactivada de la hepatitis A administrada conjuntamente con las vacunas de la difteria-tétanos-tos ferina acelular y *Haemophilus influenzae* tipo b a niños menores de dos años de edad.** Terry Nolan, MBBS, PhD, Henry Bernstein, DO, Mark M. Blatter, MD, Kenneth Bromberg, MD, Fernando Guerra, MD, MPH, William Kennedy, MD, Michael Pichichero, MD, Shelly D. Senders, MD, Andrew Trofa, MD, Alix Collard, PhD, Diane C. Sullivan, RN, y Dominique Descamps, MD.

**Resultados.** Después de dos dosis de la vacuna de la hepatitis A todos los sujetos de todos los grupos fueron seropositivos. La administración concomitante de la vacuna de la hepatitis A con las vacunas de la difteria-tétanos-tos ferina avelular y *Haemophilus influenzae* tipo b no tuvo ningún impacto sobre el efecto inmunógeno de las tres vacunas, a excepción de la respuesta frente al toxoide de la vacuna de la tos ferina que disminuyó ligeramente. La vacuna de la hepatitis A fue bien tolerada en los niños de 11 a 25 meses de edad.

**Conclusión.** La administración de dos dosis de la vacuna de la hepatitis A con seis meses de intervalo, comenzando entre los 11 a 13 meses de edad o entre los 15 a 18 meses de edad, fue tan inmunógena y bien tolerada como la administración de dos dosis a los niños de dos años de edad. Las respuestas inmunógenas a las vacunas de la difteria-tétanos-tos ferina acelular y *Haemophilus influenzae* tipo b, solas o administradas conjuntamente con la vacuna de la hepatitis A, fueron similares, a excepción de la respuesta frente al toxoide de la vacuna de la tos ferina. *Pediatrics*. 2006;118:e602-e609.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2755](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2755)

**RESUMEN. Control de los ingresos por gripe entre los niños hospitalizados en los centros participantes en el Canadian Immunization Monitoring Program Active, 2003-2004.** Dorothy L. Moore, PhD, MD, Wendy Vaudry, MD, David W. Scheifele, MD, Scott A. Halperin, MD, Pierre Déry, MD, Elizabeth Ford-Jones, MD, Haider M. Arishi, MD, Barbara J. Law, MD, Marc Lebel, MD, Nicole Le Saux, MD, Karen Grimsrud, MD, y Theresa Tam, MBBS.

**Resultados.** Ingresaron 505 niños por gripe. El 57% de ellos eran menores de dos años de edad. Los niños previamente sanos constituyeron el 58% de los casos. Las alteraciones pulmonares y neurológicas fueron los procesos crónicos subyacentes más frecuentes. La fiebre y la tos fueron las manifestaciones más frecuentes. Se observaron convulsiones en el 9% de los casos. Las complicaciones graves incluyeron miocarditis (2), encefalopatía (6) y meningitis (1). Se produjeron tres fallecimientos en relación con la gripe. La duración media de la hospitalización fue de 5,3 días. El 12% de los niños requirió el ingreso en la unidad de cuidados intensivos y en el 6% se aplicó ventilación mecánica. Se administraron antibióticos en el 77% de los casos y el 7% recibió fármacos antigripales. Se dispuso de información sobre la vacunación antigripal en 84 de 154 niños que eran candidatos a su administración. Veintidós de ellos habían recibido la vacuna, pero sólo siete habían sido vacunados de un modo completo 14 o más días antes del comienzo de la enfermedad.

**Conclusiones.** Los niños de corta edad sanos y los niños de cualquier edad con alteraciones crónicas están expuestos a presentar un estado grave al contraer la gripe. Es necesario un control continuado para valorar el impacto producido al cambiar las recomendaciones de la vacunación antigripal sobre la carga que supone la enfermedad gripal en los niños. *Pediatrics*. 2006;118:e610-e619.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2744](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2744)

**RESUMEN. Encuesta nacional sobre el adiestramiento frente al terrorismo en los programas de pediatría, medicina de familia y medicina de urgencias.** Shelly D. Martin, MD, Anneke C. Bush, ScD, MHS, y Julia A. Lynch, MD.

**Resultados.** Respondió en total el 21% de los programas (46 de 182 de pediatría, 75 de 400 de medicina de familia y 29 de 125 de medicina de urgencias). Entre todos los tipos de sucesos, los programas de medicina de urgencias presentaron una probabilidad más elevada de tener un adiestramiento suficiente y global. Las clases didácticas a base de conferencias fueron el método de adiestramiento más utilizado. Los programas de medicina de urgencias presentaron una probabilidad más elevada de emplear ejercicios basados en simulacros. Entre los programas que usaron simulacros, el 93% informó que nunca (40%) o sólo a veces (53%) incorporaba víctimas infantiles a los mismos. El tiempo requerido, las ayudas económicas, el acceso a expertos en la materia y la disponibilidad de material adecuado fueron los obstáculos más importantes para realizar un adiestramiento eficaz.

**Conclusiones.** Los niños son un bien nacional precioso y constituyen una población vulnerable en las situaciones de desastre. A pesar de disponer de fondos para la preparación frente al terrorismo, los datos sugieren que no estamos proporcionando un adiestramiento suficiente a los profesionales sanitarios de primera línea que pueden asistir a los niños ante un atentado terrorista catastrófico. *Pediatrics*. 2006;118:e620-e626.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1875](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1875)

**RESUMEN. La aparición precoz de la diabetes tipo 1 en los niños es un factor de riesgo para el cambio de la geometría ósea: datos obtenidos mediante tomografía computadorizada cuantitativa periférica.** Susanne Bechtold, MD, Isa Dirlenbach, MD, Klemens Raile, MD, Vera Noelle, MD, Walter Bonfig, MD, y Hans Peter Schwarz, MD, PhD.

**Resultados.** En conjunto, la densidad mineral ósea cortical, trabecular y total se hallaba dentro de los límites de referencia. El área transversal ósea total y cortical y de la masa muscular presentaba unos valores bajos en los pacientes prepuberales, y el área transversal total era también baja a comienzos de la pubertad. Los pacientes adolescentes presentaron unos parámetros óseos y musculares normales. La fuerza de agarre y la actividad física recreativa eran normales en todos los casos, en relación con la población sana de referencia. En un subgrupo de 18 pacientes, la manifestación precoz de la diabetes mellitus tipo 1 se detectó como factor de riesgo para la alteración del desarrollo óseo, con una disminución significativa de la densidad mineral ósea cortical y del área transversal total, cortical y muscular ( $-0,9 \pm 1,3$  SD,  $-2,1 \pm 1,3$  SD,  $-1,6 \pm 0,7$  SD y  $-1,0 \pm 0,7$  SD, respectivamente). Las características óseas no quedaron influidas por el control metabólico, la duración de la enfermedad o la pauta insulínica.

**Conclusión.** La aparición de la diabetes tipo 1 a una edad temprana puede alterar el desarrollo óseo. Es necesario disponer de datos longitudinales para determinar si esta alteración persiste en la adolescencia y en la edad adulta. *Pediatrics*. 2006;118:e627-e634.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/2005-2193](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/2005-2193)

**RESUMEN. Concentraciones de eritropoyetina y evolución del desarrollo neurológico en lactantes nacidos pretérmino.** Ryann Bierer, MD, M. Connie Peceny, BS, Carol H. Hartenberger, MPH, y Robin K. Ohls, MD.

**Resultados.** Participaron en el estudio 16 lactantes con un peso de nacimiento extremadamente bajo; uno de ellos falleció a las dos semanas (placebo/control) y en 15 se determinaron las concentraciones de eritropoyetina (7 del grupo eritropoyetina, 8 del placebo/control). Las concentraciones máximas de eritropoyetina fueron significativamente diferentes entre los grupos durante el estudio (eritropoyetina:  $2.027 \pm 1.464$  mU/ml; placebo/control:  $26 \pm 11$  mU/ml). Antes del control fallecieron tres lactantes (1 eritropoyetina, 2 placebo/control) y quedaron 12 para el seguimiento (6 eritropoyetina, 6 placebo/control). En el control de seguimiento entre los 18 y 22 meses, ningún niño del grupo eritropoyetina y dos del grupo placebo/control presentaron puntuaciones del índice de desarrollo mental inferiores a 70. Los lactantes que recibieron eritropoyetina presentaron unas puntuaciones del índice del desarrollo mental de  $96 \pm 11$ , y los del grupo placebo/control, de  $78 \pm 7$ . Las puntuaciones Bayley del índice del desarrollo psicomotor fueron similares en ambos grupos ( $87 \pm 13$  frente a  $80 \pm 7$ ). No se observaron diferencias entre los grupos con respecto a los parámetros antropométricos. Dos de los seis lactantes del grupo eritropoyetina y cuatro de los seis del grupo placebo/control presentaron algún tipo de alteración del desarrollo neurológico. El análisis post hoc demostró que los lactantes con concentraciones de eritropoyetina  $\geq 500$  mU/ml presentaron puntuaciones más elevadas del índice del desarrollo mental en comparación con aquellos otros cuyas concentraciones de eritropoyetina fueron inferiores a 500 mU/ml.

**Conclusiones.** Las concentraciones de eritropoyetina no se correlacionaron con el índice del desarrollo psicomotor ni con la incidencia global de algún tipo de alteración del desarrollo neurológico; sin embargo, los lactantes con concentraciones elevadas de eritropoyetina presentaron unas puntuaciones del índice del desarrollo mental superiores en comparación con aquellos que presentaron concentraciones más bajas. Es necesario realizar un estrecho control en los lactantes incluidos en estudios multicéntricos a gran escala, con altas dosis de eritropoyetina, para determinar si existe una correlación entre las concentraciones elevadas de eritropoyetina y una mejor evolución del desarrollo neurológico. *Pediatrics*. 2006;118:e635-e640.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3186](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3186)

**RESUMEN. Estudio clínico controlado, doble ciego y con distribución al azar, para valorar el efecto de un suplemento de cáscara de cacao, rica en fibra dietética, sobre el tránsito colónico en pacientes pediátricos con estreñimiento.** Gemma Castillejo, MD, Mónica Bulló, PhD, Anna Anguera, MD, PhD, Joaquín Escribano, MD, PhD, y Jordi Salas-Salvadó, MD, PhD.

**Resultados.** Participaron en el estudio 56 niños con estreñimiento crónico, distribuidos al azar, pero sólo lo completaron 48 de ellos. Estos niños tenían unas edades comprendidas entre tres y 10 años y fueron diagnosticados de estreñimiento crónico idiopático. Con respecto al tiempo de tránsito total y parcial en colon y recto, se observó una tendencia estadísticamente no significativa hacia unos tiempos más rápidos en el grupo que recibió cáscara de cacao que en el grupo placebo. Al analizar la evolución del tiempo de tránsito intestinal a lo largo del estudio en los niños cuyo tránsito total basal se hallaba por encima del percentil 50, se observaron diferencias significativas

entre los dos grupos. El tiempo total disminuyó en  $45,4 \pm 38,4$  horas en el grupo de la cáscara de cacao y en  $8,7 \pm 28,9$  horas en el grupo placebo ( $-38,1$  horas). En el caso del colon derecho, los cambios en el tiempo de tránsito fueron también significativos entre los dos grupos. Las cifras medias de los cambios presentaron una tendencia hacia unos tiempos más rápidos en el colon izquierdo y en el recto, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los niños que recibieron suplementos de cáscara de cacao presentaron una tendencia a tener un número mayor de deposiciones que los del grupo placebo. También se observó una disminución en el porcentaje de pacientes con heces duras (escébalos duros o heces pétreas); esta disminución fue más notable en el grupo que recibió cáscara de cacao. Al final de la intervención, el 41,7% y el 75,0% de los pacientes suplementados con cáscara de cacao o con placebo, respectivamente, informo que presentaban heces duras. Además, un número significativamente mayor de niños (o de sus padres) informo sobre una mejoría subjetiva en la consistencia de las heces. No se observaron efectos secundarios importantes durante el estudio.

**Conclusiones.** El estudio confirma el efecto beneficioso de los suplementos de cáscara de cacao, rica en fibra dietética, sobre el estreñimiento idiopático crónico en el niño. Estos beneficios son más claros en los pacientes pediátricos estreñidos con un tiempo de tránsito lento en el colon. *Pediatrics*. 2006;118:e641-e648.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0090](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0090)

**RESUMEN. Cambio de intenciones con el paso del tiempo: comparación entre las conductas reproductivas hipotética y real en los progenitores de niños con fibrosis quística.** Susan M. Sawyer, MD, Belinda Cerritelli, BAppSc, BA, Lucy S. Carter, MBBS, Mary Cooke, PhD, Judith A. Glazner, MA, RN, y John Massie, MD.

**Resultados.** Participaron inicialmente 56 madres, a 43 de las cuales se realizó una nueva encuesta cinco años más tarde. Los conocimientos de los padres sobre la fibrosis quística y de su genética fueron muy satisfactorios. El 93% había contactado con un genetista en el momento del diagnóstico y más de la mitad había repetido el contacto, al menos en otra ocasión. Al comienzo, el 82% manifestó que probablemente solicitaría un diagnóstico prenatal en otro embarazo; y el 56%, que también probablemente solicitaría su interrupción si el feto estuviera afectado. A partir de entonces hubo nuevas gestaciones en 27 madres, y de 55 embarazos se solicitó el diagnóstico prenatal en 33. En el 67%, la conducta hipotética sobre la utilización del diagnóstico prenatal fue idéntica a la conducta real. De los 33 fetos investigados, cinco se hallaron afectados y en todos ellos se interrumpió el embarazo. Las elecciones reproductivas en relación con el número de hijos deseado, así como las actitudes hacia el diagnóstico prenatal y la interrupción del embarazo, fueron dinámicas a lo largo del tiempo, con decisiones mutantes en uno y otro sentido.

**Conclusión.** Esta cohorte de madres utilizó las tecnologías reproductivas desde el nacimiento de un hijo con fibrosis quística, diagnosticado por cribado neonatal. El carácter cambiante de las decisiones reproductivas resalta la importancia de disponer de un acceso continuado a los consejos genéticos tras el período inicial de diagnóstico y asesoramiento, tanto si los progenitores manifiestan que harán

uso de las tecnologías reproductivas como si no es así. *Pediatrics*. 2006;118:e649-e656.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2551](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2551)

**RESUMEN. Conocimientos, adiestramiento y experiencia de los pediatras en la asistencia de los niños con síndrome alcohólico fetal.** Sheila Gahagan, MD, MPH, Tanya Telfair Sharpe, PhD, Michael Brimacombe, PhD, Yvonne Fry-Johnson, MD, Robert Levine, MD, Mark Mengel, MD, MPH, Mary O'Connor, PhD, Blair Paley, PhD, Susan Adubato, PhD, y George Brennehan, MD.

**Resultados.** La tasa de participación fue del 55% (n = 879). Casi la totalidad de los encuestados conocía la teratología y la presentación clínica del síndrome alcohólico fetal. Sin embargo, fueron menos propensos a manifestar que actuaban con confianza en la asistencia de estos niños. Mientras que el 62% se sentía preparado para identificar el síndrome y el 50% para diagnosticarlo, sólo el 34% se creía preparado para afrontar y coordinar el tratamiento de los niños con síndrome alcohólico fetal. Incluso aún menos (n = 114, o 13%) manifestaron que aconsejaban sistemáticamente a las adolescentes sobre el riesgo de beber durante el embarazo.

**Conclusiones.** La encuesta confirma que los pediatras conocen el síndrome alcohólico fetal, pero no se creen adecuadamente preparados para integrar en la práctica diaria el tratamiento o las iniciativas preventivas para este síndrome. Además, los encuestados no participaban activamente en el asesoramiento sistemático de las adolescentes para la prevención de los embarazos afectados por el alcohol. Se recomienda desarrollar, difundir y poner en práctica los elementos prácticos más idóneos para la prevención, el diagnóstico y el envío de los pacientes con síndrome alcohólico fetal, específicamente dirigidos a los pediatras generales y especialistas pediátricos. *Pediatrics*. 2006;118:e657-e668.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0516](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0516)

**RESUMEN. Evoluciones perinatales adversas y riesgo de intento de suicidio posparto en el estado de Washington, 1987-2001.** Melissa A. Schiff, MD, MPH, y David C. Grossman, MD, MPH.

**Resultados.** La mayoría de los intentos fueron por intoxicación (63,6%). Los intentos de suicidio fueron más frecuentes en los meses primero y duodécimo después del parto. Las complicaciones maternas del parto y la práctica de la cesárea no se asociaron con el riesgo de intentos de suicidio posparto. Después de ajustar los factores de edad y estado civil, se observó que la muerte del feto o del niño se asociaron con dichos intentos. En cambio, no se observó ninguna asociación con otras evoluciones adversas del niño, como el nacimiento pretérmino, el bajo peso al nacer o las malformaciones congénitas.

**Conclusiones.** Las complicaciones maternas no se asociaron con hospitalizaciones por intento de suicidio durante el año siguiente al parto. En cambio, la muerte del feto o del niño en el primer año de vida guardó una estrecha correlación con la hospitalización por dicho motivo. Estos factores de riesgo pueden ser unos predictivos útiles para los médicos que asisten a la madre o al niño durante el período posparto. *Pediatrics*. 2006;118:e669-e675.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0116](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0116)

**RESUMEN. Detección de derivados proteicos del paracetamol en niños con insuficiencia hepática aguda de etiología indeterminada.** Laura P. James, MD, Estella M. Alonso, MD, Linda S. Hynan, PhD, Jack A. Hinson, PhD, Timothy J. Davern, MD, William M. Lee, MD, Robert H. Squires, MD, y el Pediatric Acute Liver Failure Study Group.

**Resultados.** Se detectó la presencia de derivados proteicos cisteínicos del paracetamol en el 90% de las muestras de niños con insuficiencia hepática aguda atribuida a intoxicación por paracetamol, así como en el 12,5% de niños con insuficiencia hepática aguda de etiología indeterminada y en el 9,6% de los niños con intoxicación hepática aguda atribuida a otras causas. Los pacientes con derivados positivos del subgrupo de etiología indeterminada presentaron unos niveles séricos más elevados de aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa y unos niveles más bajos de bilirrubina. Los pacientes con derivados positivos también presentaron unas tasas más bajas de trasplantes y tasas más elevadas de remisiones espontáneas.

**Conclusiones.** Un pequeño pero importante porcentaje de niños con insuficiencia hepática aguda de etiología indeterminada presentó resultados positivos para derivados proteicos cisteínicos del paracetamol, lo que sugiere poderosamente la intoxicación por paracetamol como etiología de la insuficiencia hepática aguda. Un análisis para la detección de derivados proteicos cisteínicos del paracetamol puede servir de ayuda en el diagnóstico de la lesión hepática por paracetamol en el niño. *Pediatrics*. 2006;118:e676-e681.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0069](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0069)

**RESUMEN. Lactancia materna y retraso del desarrollo: hallazgos del Millennium Cohort Study.** Amanda Sacker, PhD, Maria A. Quigley, MSc, e Yvonne J. Kelly, PhD.

**Resultados.** Casi la mitad (47%) de los lactantes recibió inicialmente lactancia materna, pero sólo el 3,5% se alimentaba exclusivamente al pecho después de los cuatro meses de edad. El 34% de los niños no recibió lactancia materna en absoluto. A los nueve meses de edad, se observaron retrasos en la coordinación motora amplia en el 9% de los niños y en la coordinación fina en el 6%. La proporción de niños que alcanzó oportunamente los hitos del desarrollo aumentó con la duración y la exclusividad de la lactancia materna. Los niños que no recibieron nunca lactancia materna presentaron una probabilidad un 50% más elevada de tener retrasos en la coordinación motora amplia en comparación con los niños que se alimentaron exclusivamente al pecho durante al menos cuatro meses (10,7% frente a 7,3%). La administración de algo de lactancia materna también se asoció positivamente con el desarrollo: los niños que no se alimentaron nunca al pecho presentaron una probabilidad un 30% más elevada de tener retrasos en la motricidad amplia en comparación con los niños que recibieron algo de lactancia materna hasta los dos meses de edad (10,7% frente a 8,4%). Las odds ratios para el retraso en la motricidad amplia no disminuyeron después de ajustar los factores biológicos, socioeconómicos y psicosociales. Los niños que no recibieron nunca lactancia materna presentaron por lo menos una probabilidad un 40% más elevada de tener retrasos en la motricidad fina en comparación con los niños alimentados al pecho durante un período prolongado. La asociación entre lactancia materna y retraso en la motricidad fina dis-

minuyó hasta llegar a la ausencia de significación después de ajustar los factores biológicos, socioeconómicos y psicosociales.

**Conclusión.** Los presentes resultados sugieren que el efecto protector de la lactancia materna para lograr oportunamente los hitos del desarrollo motor amplio se debe a algunos componentes o características de la lactancia materna, y no es simplemente el resultado de una posición social ventajosa, de la educación o del tipo de crianza, pues el control de estos factores no explicó la asociación observada. En cambio, la asociación entre la lactancia materna y el retraso en la motricidad fina se explicó por los factores biológicos, socioeconómicos y psicosociales. *Pediatrics*. 2006;118:e682-e689.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3141](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3141)

**RESUMEN. Tolerancia al ejercicio en niños y adolescentes con dolores musculares en los síndromes de hiperactividad o hipomovilidad articular.** Raoul H.H. Engelbert, PhD, PT, Monique van Bergen, MSc, Thamar Henneken, MSc, Paul J.M. Helders, PhD, PT, y Tim Takken, PhD.

**Resultados.** Los niños con un síndrome de hipomovilidad articular o de hiperactividad articular presentaron unas puntuaciones Z (SD) de peso y de índice de masa corporal (IMC) más elevadas en comparación con los del grupo de control. Se observó una disminución significativa en el pico del consumo absoluto de oxígeno y en el pico relativo del consumo de oxígeno en comparación con los controles. En 14 de 32 niños con una puntuación Z del pico relativo del consumo de oxígeno inferior a -2, la frecuencia cardíaca máxima fue significativamente menor que en los 18 niños restantes cuya puntuación Z del pico relativo del consumo de oxígeno era de -2 o más (puntuación Z media [SD] de la velocidad del ultrasonido: -1,3 [0,8] frente a -0,5 [1,0] y frecuencia cardíaca media [SD]: 175,9 [11,5] frente a 187,5 [10,9], respectivamente). En el grupo total se halló una correlación altamente significativa entre la puntuación Z del pico relativo del consumo de oxígeno y la puntuación z de la velocidad del sonido así como con la puntuación z del IMC. Dieciséis de los 32 niños (50%) participaban en actividades deportivas (media: 0,9 horas/semana; SD: 1,4 horas/semana), mientras que en el grupo control el 12% de los sujetos no participaban en actividades deportivas (media: 2,8 horas/semana; SD: 2,2 horas/semana). Los niños que participaban en actividades deportivas presentaron una puntuación Z media (SD) y del pico absoluto del consumo de oxígeno significativamente incrementada (en los límites) y una puntuación z media (SD) de atenuación de los ultrasonidos de banda ancha significativamente aumentada (en los límites) en comparación con los niños que no participaban en actividades deportivas (-0,3 [1,1] frente a -1,2 [1,3] y -0,45 [0,8] frente a -0,9 [0,5], respectivamente).

**Conclusiones.** En los niños afectados de síndromes con dolores musculares y óseos, particularmente en aquellos con síndromes (sintomáticos) generalizados de hiperactividad o hipomovilidad articular, la capacidad máxima de ejercicio se halla significativamente disminuida en comparación con los controles, emparejados por edad y sexo. La explicación más probable para esta reducción de la tolerancia al ejercicio en estos pacientes es la falta de entrenamiento. *Pediatrics*. 2006;118:e690-e696.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2219](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2219)

**RESUMEN. Trastorno olfatorio en niños con el síndrome de delección 22q11.** Christina Sobin, PhD, Karen Kiley-Brabeck, PhD, Kathryn Dale, MA, Samantha H. Monk, MA, Jananne Khuri, PhD, y Maria Karayiorgou, MD.

**Resultados.** En comparación con los sujetos de control neurotípicos (13%), un porcentaje significativamente más elevado de niños con el síndrome de delección 22q11 (68%) presentaron unas puntuaciones del University of Pennsylvania Smell Identification Test  $\geq 2$  SD por debajo de la media de la muestra estándar. La frecuencia del trastorno no difirió según la edad. La distribución de las puntuaciones no varió entre los niños con o sin insuficiencia velofaríngea; sin embargo, la variancia notablemente inferior de la puntuación en los niños con insuficiencia velofaríngea sugirió su impacto negativo en la capacidad olfativa. Los análisis del error post hoc revelaron que los niños afectados presentaban una dificultad especial para detectar los olores relacionados con gases y humos.

**Conclusiones.** Los fallos en la detección de los olores son ubicuos en los niños con el síndrome de delección 22q11 y no se asocian con el retraso del desarrollo o las características del rendimiento en los niños de corta edad afectados. Es necesario realizar nuevos estudios para examinar más a fondo la influencia de la insuficiencia velofaríngea y del trastorno de la permeabilidad de las vías aéreas nasales sobre el olfato. Debe valorarse sistemáticamente la presencia de un trastorno olfatorio en los niños con el síndrome de delección 22q11. Cuando se descubra un déficit, hay que poner sobre aviso a los cuidadores acerca del posible peligro en relación con este tipo de trastorno sensorial. *Pediatrics*. 2006;118:e697-e703.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3114](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3114)

**RESUMEN. Beneficios relativos del tratamiento estimulante con metilfenidato OROS frente a las sales mixtas de anfetamina de acción prolongada, para mejorar el rendimiento en la conducción de vehículos a motor en los adolescentes con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.** Daniel J. Cox, PhD, R. Lawrence Merkel, MD, PhD, Melissa Moore, MD, Frances Thorndike, PhD, Carrie Muller, BS, y Boris Kovatchev, PhD.

**Resultados.** El estudio incluyó a 35 conductores adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (19 varones/16 mujeres). La edad media fue de 17,8 años. La puntuación global del Impaired Driving Score demostró que el metilfenidato OROS mejoraba el rendimiento en la conducción, en comparación con el placebo y con las sales mixtas de anfetamina de acción prolongada, mientras que estas últimas no demostraron ninguna mejoría estadística sobre el placebo. Específicamente, en relación con el placebo, el metilfenidato OROS daba lugar a un menor tiempo de conducción fuera de la ruta, menos casos de exceso de velocidad, menos control errático de la velocidad, más tiempo para ejecutar los giros a la izquierda y un menor uso inapropiado de los frenos. El metilfenidato OROS y las sales mixtas de anfetamina de acción prolongada actuaban igualmente bien en ambos sexos y en los adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad de los subtipos combinado y de falta de atención.

**Conclusiones.** El estudio valida el uso de estimulantes para mejorar el rendimiento de la conducción en los adolescentes con el trastorno de déficit de la atención con hiperactividad. En el presente estudio, el metilfenidato

OROS promovió una mejoría significativa del rendimiento en la conducción, en comparación con el placebo y las sales mixtas de Anfetamina de acción prolongada. *Pediatrics*. 2006;118:e704-e710.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2947](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2947)

**RESUMEN. Tenofovir disoproxil fumarato y una pauta basal óptima de agentes antirretrovíricos como tratamiento de recuperación: influencia sobre la densidad mineral ósea en los niños infectados por el VIH.** Rachel I. Gafni, MD, Rohan Hazra, MD, James C. Reynolds, MD, Frank Maldarelli, MD, PhD, Antonella N. Tullio, MD, Ellen DeCarlo, BSN, Carol J. Worrell, MD, John F. Flaherty, PHARM.D, Kitty Yale, BSc, Brian P. Kearney, Pharm.D, y Steven L. Zeichner, MD, PhD.

*Resultados.* Las puntuaciones Z medianas (puntuación SD en comparación con controles emparejados por edad, sexo y etnia) de la densidad mineral ósea en la columna lumbar, el cuello femoral y la cadera estaban disminuidas, en comparación con los valores basales, a las 24 y 48 semanas, y luego se estabilizaron. Las puntuaciones Z de la densidad mineral ósea aparente (que estima la densidad mineral ósea independientemente del tamaño del hueso) en la columna lumbar estaban también disminuidas a las 24 semanas. Se observaron descensos absolutos de la densidad mineral ósea en seis niños cuya edad media era significativamente menor en comparación con el grupo con densidad mineral ósea estable ( $10,2 \pm 1,1$  frente a  $13,2 \pm 1,8$  años). El cambio de la densidad mineral ósea en la columna lumbar se correlacionó con descensos en el ARN VIH plasmático durante el tratamiento. Los marcadores metabólicos de la formación y resorción óseas ofrecieron resultados variables. Dos niños en los que se suspendió el tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato a causa de que la pérdida ósea excedía a la permitida en el protocolo presentaron una recuperación parcial o completa de la densidad mineral ósea a las 96 semanas.

*Conclusiones.* El uso pediátrico de tenofovir disoproxil fumarato se asocia a una disminución de la densidad mineral ósea, que se estabiliza en algunos niños al cabo de 24 semanas. Los aumentos observados en los marcadores óseos y en la excreción de calcio sugieren que el tenofovir disoproxil fumarato puede estimular la resorción ósea. El recambio metabólico óseo es mayor en los niños que en los adolescentes mayores y en los adultos, a causa del crecimiento esquelético, lo que podría explicar el mayor efecto observado en los niños de corta edad. Los descensos de la densidad mineral ósea se correlacionan con descensos en la carga vírica y con la menor edad, lo cual sugiere que los más jóvenes que responden pueden presentar un mayor riesgo de toxicidad ósea. *Pediatrics*. 2006;118:e711-e718.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2525](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2525)

**RESUMEN. Temas espirituales al término de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.** Mary R. Robinson, MA, MDiv, Mary Martha Thiel, MDiv, Meghan M. Backus, BA, y Elaine C. Meyer, PhD, RN.

*Resultados.* En conjunto, los temas espirituales y religiosos se incluyeron en las respuestas del 73% (41 de 56) de los padres a las preguntas sobre qué les había sido más útil y qué consejos darían a otros que se encuentren en las mismas circunstancias. Surgieron explícitamente cuatro temas

de esta índole: oración, fe, acceso al sacerdote y ayuda recibida de éste, y creencia en la calidad trascendental de la relación padres-hijo, que persiste más allá de la muerte. Los padres identificaron además implícitamente diversos temas espirituales y religiosos, como perspicacia y juicio, confianza en los valores, y virtudes como la esperanza, la confianza y el amor.

*Conclusiones.* Muchos padres recurrieron a su espiritualidad y confiaron en ella como guía en la toma de decisiones al término de la vida, para darle un significado a la pérdida y como apoyo emocional. A pesar del predominio de la tecnología y del lenguaje médico en la unidad de cuidados intensivos, muchos padres experimentaron la pérdida de su hijo como un viaje espiritual. Se recomienda al personal de plantilla, a los capellanes del hospital y a la comunidad religiosa que sean explícitos en su amparo a la espiritualidad y la fe religiosa de los padres, que fomenten una cultura de aceptación e integración de las perspectivas espirituales y que trabajen en colaboración para prestar asistencia espiritual. *Pediatrics*. 2006;118:e719-e729.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2298](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2298)

**RESUMEN. ¿Por qué son los latinos el grupo racial/étnico con menos seguros sanitarios de entre los niños de Estados Unidos? Estudio basado en la comunidad sobre los factores de riesgo y las consecuencias de la falta de seguros en los niños latinos.** Glenn Flores, MD, Milagros Abreu, MD, y Sandra C. Tomany-Korman, MS.

*Resultados.* Se realizaron entrevistas a 1.100 padres, 900 de los cuales eran latinos. Los niños latinos sin asegurar presentaron una probabilidad significativamente más elevada, en comparación con los niños latinos asegurados, de tener una mayor edad (edad media: 9 frente a 7 años), de ser pobres (89% frente a 72%) y de que sus padres tuvieran dificultades con el idioma inglés (86% frente a 65%), no fueran ciudadanos estadounidenses (87% frente a 64%) y ambos tuvieran empleo (35% frente a 27%). Además presentaron una probabilidad significativamente menor de poseer un médico habitual (84% frente a 99%) y una probabilidad significativamente más elevada de no solicitar asistencia médica debido a su coste, a carecer de seguro, a tener dificultad para concertar visitas, a incomodidad de las horas de visita o a problemas culturales. En los análisis con variables múltiples, la falta de documentación de los padres o el ser inmigrantes documentados, el tener empleo ambos padres, la edad del niño y los quintiles de ingresos familiares de 4.000 a 9.999 dólares y de 15.000 a 19.999 dólares fueron los únicos factores que se asociaron significativamente con la falta de aseguranza del niño, sin que la etnia latina o cualquier otra de seis variables se asociaran con la falta de aseguranza. En comparación con los niños latinos asegurados, los que no lo estaban presentaron una probabilidad 23 veces más elevada de carecer de médico habitual y una probabilidad significativamente más elevada de no solicitar asistencia médica debido al coste, a carecer de seguro sanitario, a tener dificultad para concertar visitas o a experimentar obstáculos de tipo cultural.

*Conclusiones.* Después del ajuste se observó que la carencia de ciudadanía de los padres, el tener empleo ambos padres, los bajos ingresos familiares y la edad mayor del niño se asociaron con la falta de seguro médico de éste, sin que hubiera asociación con la etnia latina. La mayor prevalencia de otros factores de riesgo parece ser responsable de

que los niños latinos tengan una probabilidad más elevada de carecer de seguros. En comparación con los niños latinos asegurados, los niños latinos sin asegurar presentan una probabilidad significativamente más elevada de carecer de médico habitual y de no acudir al médico debido al coste, a carecer de seguro sanitario, a tener dificultades para concertar visitas o a experimentar barreras culturales. Estos hallazgos indican la existencia de unas poblaciones de alto riesgo específicas que podrían beneficiarse de las iniciativas de ayudas sociales e incorporación ofrecidas por Medicaid y el State Child Health Insurance Program. *Pediatrics*. 2006;118:e730-e740.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.005-2599](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.005-2599)

**RESUMEN. Ronquido crónico y sueño en los niños: una demostración de la alteración del sueño.** M. Cecilia Lopes, MD, y Christian Guillemineault, MD, BiolD.

*Resultados.* En comparación con los controles, los niños con ronquido crónico presentan signos de limitación del flujo y taquipnea durante el sueño, incluso aunque no se observen apneas, hipopneas y un descenso de la saturación de oxígeno. También presentan unas tasas anormales del patrón cíclico alternante del sueño y cambios en su fase A.

*Conclusión.* La puntuación del índice de apneas/hipopneas no puede considerarse como único factor determinante para valorar los trastornos respiratorios del sueño en el niño. Los niños con ronquido crónico que no se ajustan a los criterios del síndrome de apnea obstructiva del sueño pueden presentarse con un electroencefalograma anormal durante el sueño, puesto de manifiesto por un aumento importante de las tasas del patrón cíclico alternante, con un predominio de anomalías en el período de ondas lentas. *Pediatrics*. 2006;118:e741-e746.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3046](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3046)

**RESUMEN. Aumento de las concentraciones urinarias de la proteína S100B en los recién nacidos con retraso del crecimiento intrauterino.** Pasquale Florio, MD, PhD, Emanuela Marinoni, MD, PhD, Romolo di Iorio, MD, PhD, Moataza Bashir, MD, Sabina Ciotti, MD, Renata Sacchi, MD, Matteo Bruschetini, MD, Mario Lituanía, MD, Giovanni Serra, MD, Fabrizio Michetti, MD, PhD, Felice Petraglia, MD, y Diego Gazzolo, MD, PhD.

*Resultados.* En todos los momentos de control y en comparación con los recién nacidos de control, la proteína S100B urinaria estaba significativamente más elevada en los recién nacidos con retraso del crecimiento intrauterino. Al subdividir a los niños con retraso del crecimiento intrauterino en un grupo (A) con examen neurológico anormal a los 7 días de vida, y otro grupo (B) neurológicamente normal, se observó que, en todos los momentos de control, la proteína S100B estaba significativamente más elevada en el grupo A que en el grupo B o en los controles. Al elegir como punto de corte la cifra de 7,37 múltiples de la mediana en la primera orina emitida, la proteína S100B alcanzó una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99,1% como único marcador para predecir una evolución neurológica desfavorable. Veinte de 126 pacientes presentaban anomalías neurológicas, lo que equivale a una prevalencia global de la enfermedad de un 15,9% en nuestra población (*probabilidad pre-test*). Con respecto al rendimiento de la proteína S100B para predecir el daño cerebral, sus valores

predictivos positivo y negativo fueron del 91,0% y 99,0%, respectivamente.

*Conclusiones.* En los recién nacidos con retraso del crecimiento intrauterino, el aumento de los niveles urinarios de la proteína S100B en la primera semana de vida sugiere la presencia de un daño cerebral, debido probablemente a hipoxia intrauterina. Las mediciones longitudinales de las concentraciones urinarias de S100B poco después del nacimiento constituyen un elemento útil para identificar cuáles son los niños con retraso del crecimiento intrauterino que están expuestos al riesgo de presentar posibles secuelas neurológicas. *Pediatrics*. 2006;118:e747-754.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2875](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2875)

**RESUMEN. Edad de comienzo de la dependencia alcohólica: asociaciones con la gravedad de la dependencia y la búsqueda de tratamiento.** Ralph W. Hingson, ScD, MPH, Timothy Heeren, PhD, y Michael R. Winter, MPH.

*Resultados.* De las personas con dependencia alcohólica, el 15% eran diagnosticables antes de los 18 años de edad, el 18,4% antes de los 21 años y dos tercios antes de los 25 años. El 28% comunicó dos o más períodos de dependencia, el 45% presentó un episodio que duró más de un año y el 34% indicó seis o siete criterios de dependencia. En relación con los individuos que presentaron dependencia alcohólica a los 30 o más años de edad, las probabilidades de haber solicitado alguna vez ayuda o tratamiento fueron menores en aquellos cuya dependencia apareció por primera vez antes de los 18 años, entre los 18 y 20 años y entre los 21 y 24 años. Las personas que experimentaron la primera dependencia alcohólica a los 25 o menos años de edad presentaron unas probabilidades significativamente más elevadas de experimentar múltiples episodios de dependencia, así como episodios de duración superior a un año y más síntomas de dependencia. Los análisis indicaron que las personas que empezaron a beber a una edad precoz desarrollaron características de dependencia crónica recidivante como resultado de que los bebedores precoces es más probable que desarrollen una dependencia alcohólica a edades más jóvenes. Ello, a su vez, aumentaría sus probabilidades de experimentar episodios más numerosos y prolongados de dependencia alcohólica, con más síntomas.

*Conclusiones.* Es necesario que los adolescentes sean valorados y aconsejados sobre el consumo de alcohol y los servicios terapéuticos deberían estar reforzados por programas y políticas para retrasar la edad de la primera dependencia alcohólica. *Pediatrics*. 2006;118:e755-e763.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0223](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0223)

**RESUMEN. El tratamiento inmunodepresor no previene la aparición de alergias mediadas por la inmunoglobulina E en niños y adolescentes sometidos a trasplantes de órganos.** Eleonora Dehlink, MD, Saskia Gruber, Thomas Eiwegger, MD, Diego Gruber, Thomas Mueller, MD, Wolf-Dietrich Huber, MD, Walter Klepetko, MD, Helmut Rumpold, MD, Radvan Urbánek, MD, y Zsolt Szépfalusy, MD.

*Resultados.* Se observó que 19 pacientes (24,4%) estaban sensibilizados a uno o más alérgenos comunes inhalatorios o alimentarios, lo que se reflejaba en unos niveles elevados de IgE específica y/o una positividad de las pruebas cutáneas por punción; además, ocho sujetos (10,3%)

presentaban historia de enfermedades atópicas. No se registraron reacciones anafilácticas graves. No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas con el sexo, la clase de órgano trasplantado, los diferentes tratamientos inmunodepresores y la edad en el momento del trasplante o de la investigación (prueba de  $\chi^2$ , prueba exacta de Fisher y prueba de la suma de rangos de Wilcoxon, respectivamente). En el análisis de regresión logística no se identificó tampoco ningún factor de riesgo independiente.

**Conclusión.** El presente estudio demuestra que el tratamiento inmunodepresor no controla las sensibilizaciones ni las manifestaciones clínicas de las alergias de tipo I en los niños y adolescentes sometidos a trasplantes de órganos. *Pediatrics*. 2006;118:e764-e770.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0370](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0370)

**RESUMEN. Función cognitiva y conducta en los niños con hipertrofia adenoidea-amigdalal con sospecha de trastornos respiratorios obstructivos durante el sueño.**

Paul M. Suratt, MD, Mario Peruggia, PhD, Lynn d'Andrea, MD, Robert Diamond, PhD, Jeffrey T. Barth, PhD, Margarita Nikova, MD, Vito A. Perriello, Jr., MD, y Michael L. Johnson, PhD.

**Resultados.** Se observaron importantes correlaciones significativas entre el grupo con ronquido (que roncaba cada noche, frente a quienes lo hacían con menos frecuencia), la eficacia del sueño y la raza y dos de tres pruebas cognitivas generales (vocabulario y similitudes). Se observaron unas correlaciones significativas, aunque más débiles, entre la latencia del sueño y dos índices de memoria (memoria verbal y memoria general) y entre la eficacia del sueño y dos índices de conducta (trastorno de déficit de atención con hiperactividad global e hiperactividad-impulsividad global). El número de episodios de apnea e hipopnea por hora de sueño sirvió para predecir la puntuación de vocabulario, así como el grupo con ronquido, pero no otras pruebas ni otras variables. El tamaño amigdalal no predijo ninguna puntuación cognitiva o conductual. Los intervalos de confianza fueron pequeños para las medias de los grupos, mientras que los intervalos de predicción en los casos individuales fueron grandes.

**Conclusiones.** El riesgo de trastornos de la función cognitiva y de la conducta puede predecirse por la historia de ronquido, la eficacia del sueño, la latencia del sueño y la raza, pero no por el tamaño de las amígdalas. La combinación de una historia de ronquido y de las variables polisomnográficas sirvió mejor que ambas por separado para predecir la alteración de las puntuaciones cognitivas. La historia de ronquido predijo más puntuaciones de pruebas que el número de episodios de apnea e hipopnea por hora de sueño. *Pediatrics*. 2006;118:e771-e781.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0173](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0173)

**RESUMEN. Presentación y marcadores ecocardiográficos de la miocardiopatía hipertensiva neonatal.** Amy L. Peterson, MD, Peter C. Frommelt, MD, y Kathy Mussatto, BSN.

**Resultados.** Todos los recién nacidos de la cohorte presentaban hipertensión sistémica (presión arterial superior al percentil 95 para la edad gestacional y el peso). Las causas incluyeron la enfermedad vascular renal (n = 9), la obstrucción aórtica secundaria a un trombo (n = 1) y uso

de corticoides (n = 1). En todos los pacientes se obtuvo una ecocardiografía en el momento de su presentación debido a la presencia de cardiomegalia y/o hipertensión. Los hallazgos ecocardiográficos fueron uniformemente llamativos por: 1) disfunción sistólica ventricular izquierda sin dilatación de la cavidad, 2) hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, 3) dilatación de la aurícula izquierda y 4) aortomegalia. No se identificó ninguna obstrucción anatómica del arco aórtico, pero el estudio Doppler en la aorta torácica descendente fue uniformemente compatible con una elevación de la resistencia vascular sistémica. Un paciente falleció por enfermedad trombotica masiva; todos los demás respondieron al tratamiento de reducción de la poscarga y se normalizó la función sistólica del ventrículo izquierdo durante el período de la lactancia.

**Conclusiones.** La miocardiopatía hipertensiva puede presentarse en el recién nacido con una sintomatología inespecífica e hipertensión sistémica. Dado que en el recién nacido la hipertensión a veces pasa desapercibida o se interpreta erróneamente como debida a agitación, la ecocardiografía puede proporcionar unos marcadores críticos de la enfermedad. *Pediatrics*. 2006;118:e782-e785.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0631](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0631)

**RESUMEN. Insuficiencia renal aguda infantil: 22 años de experiencia en un hospital universitario de Tailandia meridional.** Prayong Vachvanichsanong, MD, Pornsak Disaneewate, MD, Apiradee Lim, MSc, y Edward McNeil, MS.

**Resultados.** Se incluyó en el estudio a un total de 311 niños con 318 episodios de insuficiencia renal aguda, es decir, 177 varones (55,7%) y 141 mujeres (44,3%), de un mes a 16,7 años de edad (edad media: 7,6  $\pm$  5,1 años; edad mediana: 7,8 años). Las etiologías de la insuficiencia renal aguda fueron significativamente diferentes en cada grupo de edad. En conjunto, la sepsis fue la causa principal de insuficiencia renal aguda, siendo responsable de 68 episodios (21,4%), seguida de la hipovolemia, la glomerulonefritis aguda postestreptocócica, el lupus eritematoso sistémico y las enfermedades infecciosas. El tratamiento de reemplazamiento renal se llevó a cabo en 55 casos (17,3%). La mortalidad global fue del 41,5%. El análisis de regresión logística demostró que los grupos etiológicos y los niveles de creatinina eran factores independientes significativos para predecir la evolución.

**Conclusión.** La incidencia de insuficiencia renal aguda en el Songklanagarind Hospital fue de 0,5 a 9,9 por 1.000 pacientes pediátricos, con una tasa de mortalidad del 41,5%. La sepsis fue una causa principal de insuficiencia renal aguda y de la mortalidad. Las causas de la insuficiencia renal aguda y el nivel sérico de creatinina fueron factores independientes significativos para predecir la mortalidad. *Pediatrics*. 2006;118:e786-e791.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0557](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0557)

**RESUMEN. Depresión materna y exposición a la violencia: doble impedimento para el funcionalismo escolar del niño.** Michael Silverstein, MD, MPH, Marilyn Augustyn, MD, Howard Cabral, PhD, MPH, y Barry Zuckerman, MD.

**Resultados.** En un total de 9.360 niños no había depresión materna ni exposición a la violencia; en 779, sólo violencia; en 1.564, sólo depresión, y en 380, ambas cosas. La

depresión materna sola se asoció con unas puntuaciones T medias más bajas en lectura, matemáticas y conocimientos generales. Sin embargo, tras el ajuste para la violencia, este efecto se atenuó en cerca de un 25% para la lectura y los conocimientos generales. Los niños con exposición concomitante a la depresión y a la violencia presentaron unas puntuaciones T medias más bajas en lectura, matemáticas y conocimientos generales, así como más conductas problemáticas, en comparación con los niños expuestos sólo a uno de los dos factores. En todos los parámetros de la evolución, los varones se hallaron más afectados que las mujeres.

**Conclusiones.** La violencia agrava el efecto de la depresión materna sobre el funcionalismo escolar y la conducta del niño. En las investigaciones y en los planes de intervención para los niños afectados por la depresión materna hay que considerar también la exposición a la violencia. *Pediatrics*. 2006;118:e792-e800.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1841](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1841)

**RESUMEN. Características epidemiológicas de la enfermedad neumocócica invasiva en los niños de Bélgica: la vigilancia pasiva no es suficiente.** Anne Vergison, MD, David Tuerlinckx, MD, PhD, Jan Verhaegen, MD, PhD, y Anne Malfroot, MD, PhD, en representación del Belgian Invasive Pneumococcal Disease Study Group.

**Resultados.** Durante el período del estudio, las incidencias de la enfermedad neumocócica invasiva en los niños menores de dos años de edad (104,4 casos por 10<sup>5</sup> persona-años para la enfermedad neumocócica invasiva y 16,1 casos por 10<sup>5</sup> persona-años para la meningitis) y en los niños de 0 a 59 meses de edad (59,5 casos por 10<sup>5</sup> persona-años para la enfermedad neumocócica invasiva y 7,7 casos por 10<sup>5</sup> persona-años para la meningitis) fueron el doble de los valores previamente registrados por el sistema de vigilancia pasiva. En conjunto, el 67% de las cepas de *Streptococcus pneumoniae* aisladas en los niños menores de 5 años de edad pertenecían a serotipos incluidos en la vacuna anti-neumocócica heptavalente conjugada y el 18% a serotipos afines (principalmente el serotipo 19A). La resistencia a la eritromicina fue frecuente, especialmente en los niños menores de dos años de edad (59%).

**Conclusiones.** La comunicación subóptima en las declaraciones puede explicar la baja incidencia de enfermedad neumocócica invasiva registrada en países como Bélgica, donde se utiliza un sistema de vigilancia epidemiológica pasiva, lo que podría inducir a elecciones erróneas en las estrategias de vacunación. Es necesario emplear un sistema de vigilancia epidemiológica activa para las enfermedades evitables con las vacunas, como la enfermedad neumocócica invasiva, a nivel nacional o europeo. *Pediatrics*. 2006;118:e801-e809.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3195](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3195)

**RESUMEN. Colaboración de los pediatras en una actuación para prevenir y abandonar el tabaquismo, valorada en entrevistas realizadas a la salida de los pacientes de la visita.** Lori Pbert, PhD, Kenneth E. Fletcher, PhD, Alan J. Flint, MD, MPH, Martin H. Young, PhD, Susan Drucker, MA, y Joseph DiFranza, MD.

**Resultados.** El porcentaje de médicos que colaboró en las actuaciones sobre el tabaquismo difirió significativa-

mente entre los grupos de intervención especial y de asistencia habitual, según indicaron los adolescentes en una entrevista al salir de la visita. En los no fumadores o antiguos fumadores, las puntuaciones globales observadas en la entrevista a la salida de la visita fueron de 7,24 en el grupo de intervención especial y de 4,95 en el grupo de asistencia habitual. En los fumadores actuales, las puntuaciones globales obtenidas en la entrevista a la salida de la visita fueron de 8,40 y de 6,24 en los grupos de intervención especial y asistencia habitual, respectivamente. El cumplimiento de la actuación por parte de los médicos fue de un 72,2 y 84,0% en los no fumadores o antiguos fumadores y en los fumadores actuales, respectivamente.

**Conclusiones.** Los pediatras que reciben adiestramiento y recordatorios para realizar una breve actuación sobre la prevención y el abandono del tabaquismo en los adolescentes, en el contexto de la asistencia primaria pediátrica habitual, pueden hacerlo fácilmente y con un alto grado de cumplimiento del protocolo. *Pediatrics*. 2006;118:e810-e824.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2869](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2869)

**RESUMEN. Velocidad de conducción en el nervio mediano y tiempo de conducción central, medido con los potenciales evocados somatosensoriales en lactantes con síndrome de Down tratados con tiroxina.** A.S. Paul van Trotsenburg, MD, Bert J. Smit, MD, PhD, Johannes H.T.M. Koelman, MD, PhD, Marijke Dekker-van der Sloot, Jeannette C.D. Ridder, Jan G.P. Tijssen, PhD, Jan J.M. de Vijlder, PhD, y Thomas Vulmsa, MD, PhD.

**Resultados.** A los 24 meses de edad, se analizaron los registros de los potenciales evocados somatosensoriales de 81 lactantes tratados con tiroxina y de 84 que recibieron placebo. La velocidad de conducción nerviosa y el tiempo de conducción central no difirieron significativamente entre los dos grupos de tratamiento (velocidad conducción nerviosa: tiroxina: 51,0 m/s; placebo: 50,1 m/s; diferencia: 0,9 m/s; tiempo de conducción central: tiroxina: 8,83 milisegundos; placebo: 8,73 milisegundos; diferencia: 0,1 milisegundos).

**Conclusiones.** El tratamiento posnatal con tiroxina en los lactantes con síndrome de Down no modificó significativamente la conducción nerviosa periférica o central, medida por potenciales evocados somatosensoriales. La ausencia de efectos favorables sugiere que el trastorno de conducción nerviosa se debe a unos mecanismos patogénicos diferentes del discreto hipotiroidismo posnatal de estos niños. La ausencia de efectos adversos sugiere que las concentraciones plasmáticas de tiroxina libre en los límites altos de la normalidad durante un tiempo prolongado no son perjudiciales para la maduración nerviosa. *Pediatrics*. 2006;118:e825-e832.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0324](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0324)

**RESUMEN. Efectos renales y cardiovasculares del tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina junto a antagonistas de los receptores de angiotensina II en niños con proteinuria.** Riccardo Lubrano, MD, Francesca Soscia, MD, Marco Elli, MD, Flavia Ventriglia, MD, Claudia Raggi, MD, Elisabetta Travasso, MD, Simona Scateni, MD, Valeria di Maio, MD, Paolo Versacci, MD, Raffaele Masciangelo, MD, y Stefano Romero, MD.

**Resultados.** En comparación con el momento de comienzo del tratamiento y tres meses después (tiempo 1), al cabo de seis meses (tiempo 2) se observaron disminuciones significativas en la proteinuria (cambio:  $-80,21 \pm 10,75\%$ ), índice de grosor del tabique interventricular (cambio:  $-13,63 \pm 18,64$ ), índice de grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo (cambio:  $-30,71 \pm 20,32$ ) e índice de la masa ventricular izquierda (cambio:  $-28,33 \pm 24,44$ ). No se observaron efectos adversos durante el estudio.

**Conclusiones.** A corto plazo, la combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de tipo I de la angiotensina II, en los niños con proteinuria de origen renal, reduce significativamente la proteinuria, en comparación con los valores basales o con la administración de uno solo de ambos fármacos. Además, los estudios ecocardiográficos demuestran una reducción de la hipertrofia ventricular izquierda. Es necesario realizar nuevos estudios para valorar los resultados a largo plazo. *Pediatrics*. 2006;118:e833-e838.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2053](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2053)

**RESUMEN. Papel de los profesionales de la salud pediátrica en la labor de impartir consejos de crianza: estudio cualitativo realizado en madres de cuatro grupos étnico-culturales minoritarios.** Thyde M. Dumont-Mathieu, MD, MPH, Bruce A. Bernstein, PhD, Paul H. Dworkin, MD, y Lee M. Pachter, DO.

**Resultados.** Participaron en el estudio 91 madres en un total de 20 grupos dirigidos, con cuatro a seis por cada grupo étnico-cultural. Los grupos dirigidos revelaron que, en general, los padres no recurrían al pediatra en busca de consejos sobre la crianza de sus hijos. En los temas identificados se resaltó la importancia de la relación entre el médico y la familia. Unos pocos padres tenían el tipo de relación en la que el pediatra ya actúa como proveedor de consejos. Se consideró que los médicos estaban capacitados para el mantenimiento de la salud física. Los padres expresaron el deseo de recibir un asesoramiento previo más amplio sobre el desarrollo y los estadios e hitos conductuales. Los pediatras cumplían también funciones administrativas específicas valoradas por los padres.

**Conclusiones.** Los padres de niños preescolares y escolares de grupos minoritarios no consideraban que el papel del médico incluyera la labor de impartir consejos de crianza. Los médicos deben ser receptivos frente a la importancia de las expectativas de los padres en las visitas, y no presuponer su buena disposición y voluntad para recibir consejos sobre temas relacionados con la crianza de los hijos. Las expectativas deben modificarse para capacitar al médico a actuar eficazmente en el papel de consejero sobre los temas de crianza. *Pediatrics*. 2006;118:e839-e848.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2604](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2604)

**RESUMEN. Comparación entre los pacientes visitados en las consultas de seguimiento pediátrico atendidas por residentes y las prácticas del National Ambulatory Medical Care Survey: un estudio de la Continuity Research Network.** Janet R. Serwint, MD, Kathleen A. Thoma, MA, Sharon M. Dabrow, MD, Lynn E. Hunt, MD, Michelle S. Barratt, MD, MPH, Timothy R. Shope, MD, MPH y Paul M. Darden, MD, en representación de CORNET Investigators.

**Resultados.** En 18 consultorios de la Continuity Research Network sobre 540 visitas, se compararon con las 792 visitas de 32 médicos de la National Ambulatory Medical Care Survey. Los pacientes de la Continuity Research Network presentaron una probabilidad más elevada de ser de raza negra no hispanos, hispano/latinos y de poseer seguros sanitarios públicos. Los cinco motivos principales de las visitas fueron los mismos en la Continuity Research Network y la National Ambulatory Medical Care Survey, aunque su orden varió ligeramente. Estos cinco motivos fueron responsables del 58% de las visitas en la Continuity Research Network y del 49% en la National Ambulatory Medical Care Survey. En las visitas de la Continuity Research Network se observó una probabilidad más elevada de que se programara una nueva cita en otra fecha (78% frente a 52%).

**Conclusiones.** Los residentes de las consultas de la Continuity Research Network proporcionaron asistencia a pacientes menos atendidos, sin embargo, los problemas valorados fueron similares a los observados en las consultas prácticas; por consiguiente, las consultas de la Continuity Research Network aportan importantes experiencias de adiestramiento a los residentes que asisten a niños de minorías o que no son minoritarios. *Pediatrics*. 118:e849-e858.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0422](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0422)

**RESUMEN. Inseguridad alimentaria y riesgos de depresión y ansiedad en las madres y de problemas de conducta en sus hijos preescolares.** Robert C. Whitaker, MD, MPH, Shannon M. Phillips, BA, y Sean M. Orzol, MPH.

**Resultados.** El 71% de las madres que respondieron a la encuesta gozaba de una plena seguridad alimentaria, el 17% presentó una discreta seguridad alimentaria y el 12% sufría inseguridad a este respecto. Después de ajustar los factores sociodemográficos, así como la salud física de la madre, su consumo de alcohol o drogas, el tabaquismo prenatal y la violencia física doméstica sufrida durante el embarazo, se observó que el porcentaje de madres con un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada aumentó con la creciente inseguridad alimentaria: 16,9, 21,0 y 30,3% a lo largo de las tres categorías. En los niños, después de ajustar los factores maternos de episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada, el porcentaje con un problema de conducta también aumentó con la creciente inseguridad alimentaria: 22,7, 31,1 y 36,7%.

**Conclusiones.** Los problemas de salud mental en madres e hijos son más frecuentes cuando las madres padecen inseguridad alimentaria, un factor estresante que es potencialmente abordable mediante la política social. *Pediatrics*. 2006;118:e859-e868.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0239](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0239)

**RESUMEN. Estado de organización neonatal, maduración neurológica, interacción madre-hijo y desarrollo cognitivo en recién nacidos prematuros pequeños para la edad de gestación.** Ruth Feldman, PhD, y Arthur I. Eidelman, MD.

**Resultados.** Los niños nacidos pequeños para la edad de gestación demostraron tener un estado menos organizado y unos perfiles neuroconductuales menos maduros, particularmente en los aspectos de orientación y motricidad. Las

interacciones madre-hijo se caracterizaron por intromisión y falta de coordinación maternas y negativismo del niño. Las evoluciones cognitivas a las edades de uno y dos años fueron inferiores en el grupo nacidos pequeños para la edad de gestación. Los niños con un peso al nacer inferior a 1.000 g presentaron el peor desarrollo neurológico, social y cognitivo de todos los grupos. Las evoluciones cognitivas a los dos años pudieron predecirse por la situación de ser pequeño por la edad de gestación, la interacción del peso al nacer y la situación de pequeño por la edad de gestación, el estado de organización neonatal y la conducta de intromisión materna.

**Conclusión.** Los niños prematuros pequeños por la edad de gestación están expuestos a un riesgo más elevado de retrasos del desarrollo y cognitivos, así como de dificultados en la relación madre-hijo durante el período precoz de la infancia. Los niños nacidos con un peso extremadamente bajo presentan un riesgo doble. Este grupo debe recibir una especial atención clínica y asistencial. *Pediatrics*. 2006;118:e869-e878.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2040](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2040)

**RESUMEN. Un sistema para la asignación del estadio en la enfermedad de Krabbe del lactante, para predecir la evolución después del trasplante de sangre de cordón no emparentada.** Maria L. Escobar, MD, Michele D. Poe, PhD, Holly R. Martin, MD, y Joanne Kurtzberg, MD.

**Resultados.** Se desarrolló un algoritmo para la asignación de estadios en los lactantes con enfermedad de Krabbe, y se investigó su utilidad para predecir la evolución del desarrollo neurológico después del trasplante de sangre de cordón umbilical. Las pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen estándar no fueron de utilidad en el algoritmo. En cambio, los indicadores clínicos permitieron establecer el estadio de la enfermedad de un modo más idóneo. El estadio previo al trasplante sirvió para predecir la evolución del desarrollo neurológico.

**Conclusiones.** El sistema clínico de asignación del estadio, basado exclusivamente en los signos y síntomas de la enfermedad, puede utilizarse para predecir la evolución después del trasplante de sangre de cordón umbilical. Este sistema puede emplearse de forma prospectiva para guiar al médico que no esté familiarizado con esta enfermedad, a la hora de valorar, controlar y aconsejar a las familias sobre los resultados del tratamiento. La asignación del estadio puede ser útil en los pacientes diagnosticados de enfermedad de Krabbe por los síntomas clínicos y en los identificados mediante los programas de cribado neonatal. *Pediatrics*. 2006;118:e879-e889.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0747](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0747)

**RESUMEN. Tabaquismo en el joven: perspectiva global para los médicos que cuidan de la salud de los niños.** Alexander V. Prokhorov, MD, PhD, Johathan P. Winickoff, MD, MPH, Jasjit S. Ahluwalia, MD, MPH, MS, Deborah Ossip-Klein, PhD, Susanne Tanski, MD, Harry A. Lando, PhD, Eric T. Moolchan, MD, Myra Muramoto, MD, MPH, Jonathan D. Klein, MD, MPH, Michael Weitzman, MD, y Kentya H. Ford, DrPH, en representación del Tobacco Consortium, American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research.

La dependencia del tabaco, responsable de unos 4 millones de fallecimientos anuales en todo el mundo, se consi-

dera como una "enfermedad pediátrica". La epidemia de tabaquismo se está expandiendo rápidamente por los países en vías de desarrollo. Entre los factores que contribuyen al tabaquismo en los jóvenes de estos países se incluyen las tradiciones culturales, el fácil acceso al tabaco y su precio moderado, las influencias de los amigos y la familia y la publicidad y las actividades promocionales de las compañías tabaqueras. La exposición pasiva al humo de tabaco es un problema importante que causa unos porcentajes crecientes de neumonía, otitis media, asma y otros procesos pediátricos a corto y largo plazo. El consumo por los padres de tabaco priva al niño de necesidades esenciales, como la nutrición y la educación. En el presente artículo se revisan las pruebas actuales sobre la etiología de la dependencia nicotínica en los jóvenes, los tipos de productos tabáquicos para los jóvenes de todo el mundo, las iniciativas globales que se han tomado hasta la fecha para controlar el tabaquismo en los jóvenes, los esfuerzos de educación médica y el papel especial del pediatra en las estrategias para controlar el tabaquismo. Además, se revisan las oportunidades actuales para lograr fondos destinados al desarrollo y la puesta en marcha de programas para el control del tabaquismo en los jóvenes. *Pediatrics*. 2006;118:e890-e903.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0810](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0810)

**RESUMEN. Uso de una cápsula endoscópica inalámbrica para el tratamiento de la púrpura de Schonlein-Henoch de carácter grave.** Daniel L. Preud'Homme, MD, Sonia Michail, MD, Cathy Hodges, RN, Tonya Milliken, RN, y Adam G. Mezoff, MD.

La púrpura de Schonlein-Henoch es una vasculitis leucocitoclástica sistémica que afecta principalmente a los niños. Los síntomas característicos incluyen la púrpura en las extremidades inferiores y las nalgas, los dolores abdominales, las artralgias y la hematuria. La hemorragia digestiva aparece en alrededor del 50% de los niños afectados y, aunque habitualmente es autolimitada, puede ser importante. Se ha observado que la endoscopia con una cápsula inalámbrica es segura y efectiva para los niños de más de 10 años de edad. En la actualidad, es el método preferido para la obtención de imágenes en la evaluación de la hemorragia digestiva a partir del intestino delgado. En la presente comunicación se describe un caso raro de vasculitis crónica por una púrpura de Schonlein-Henoch, que principalmente afectaba al tracto digestivo, en el que la endoscopia con una cápsula inalámbrica fue útil para la evaluación y dirección de las opciones terapéuticas. *Pediatrics*. 2006;118:e904-e906.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3111](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-3111)

**RESUMEN. Hemangiomas cutáneos múltiples infantiles asociados con angiosarcoma hepático: observación clínica y revisión de la literatura.** Kristin M. Nord, MD, Jessica Kandel, MD, Jay H. Lefkowitz, MD, Steven J. Lobritto, MD, Kimberly D. Morel, MD, Paula E. North, MD, PhD, y Maria C. Garzon, MD.

Los hemangiomas cutáneos múltiples pueden asociarse con hemangiomas internos, sobre todo en el hígado. En la presente comunicación se expone el caso de una niña recién nacida prematura que, en el momento del nacimiento, presentaba insuficiencia cardíaca y hemangiomas cutáneos infantiles de aspecto típico, en asociación con lesiones vas-

culares en el hígado. Se consideró que la presentación clínica era compatible con los hemangiomas infantiles cutáneos y hepáticos. Tras la ausencia de respuesta a los corticoides sistémicos y a la quimioterapia, se realizó un trasplante hepático. El estudio anatomopatológico del hígado reveló la presencia de un hemangioendotelioma hepático infantil de tipo 2 (considerado como sinónimo del angiosarcoma), en vez de un hemangioma infantil benigno del hígado. En las biopsias cutáneas subsiguientes se observó que las múltiples lesiones eran hemangiomas infantiles, y no metástasis del angiosarcoma. Informamos aquí sobre este caso y efectuamos una revisión de la literatura sobre el angiosarcoma hepático infantil asociado con hemangiomas infantiles cutáneos. *Pediatrics*. 2006;118:e907-e913.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0183](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0183)

**RESUMEN. Síndrome de Churg-Strauss en el niño: revisión clínica y anatomopatológica.** Debra Boyer, MD, Sara O. Vargas, MD, Dubhfeasa Slattery, MD, Yadira M. Rivera-Sanchez, MD, y Andrew A. Colin, MD.

El síndrome de Churg-Strauss es una vasculitis acompañada de asma y eosinofilia. Se considera generalmente una enfermedad del adulto y su aparición en la infancia se ha descrito con escasa frecuencia. En la presente comunicación se exponen dos pacientes pediátricos con el síndrome de Churg-Strauss que se manifestaron con una destacada afectación pulmonar. Uno de ellos, un niño de 16 años de edad con antecedentes asmáticos, se presentó con dolor pleural y un nódulo pulmonar periférico complicado por un derrame pleural eosinofílico. El otro paciente, de seis años de edad, se presentó con tos, adelgazamiento e infiltrados radiológicos. Las biopsias pulmonares revelaron la presencia de elementos característicos del síndrome de Churg-Strauss, tales como microabscesos eosinofílicos y vasculitis. En los controles efectuados al cabo de tres y cinco años se observó la continuidad de los síntomas en ambos casos, a pesar del tratamiento médico. Los dos pacientes ilustran sobre muchas de las características típicas del síndrome de Churg-Strauss. Estos casos se comunican para ampliar los escasos conocimientos sobre el síndrome de Churg-Strauss pediátrico y también para recordar que esta grave enfermedad puede afectar a la población infantil. Por otra parte, se procedió a revisar la literatura relevante sobre el síndrome de Churg-Strauss en la que se hace referencia específica a casos pediátricos. *Pediatrics*. 2006;118:e914-e920.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0113](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0113)

**RESUMEN. Tratamiento combinado con corticoides y ciclosporina en la enfermedad de Kimura.** Satoshi Sato, MD, PhD, Hisashi Kawashima, MD, PhD, Shinji Kuboshima, MD, PhD, Kiyoko Watanabe, MD, PhD, Yasuyo Kashiwagi, MD, PhD, Kouji Takekuma, MD, PhD, y Akinori Hoshika, MD, PhD.

La enfermedad de Kimura es un proceso inflamatorio eosinofílico crónico, raro pero peculiar, que se caracteriza por lesiones de tipo tumoral en los tejidos blandos y en los ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello o en la glándula parótida. Recientemente se han observado en esta enfermedad muchos rasgos inmunopatogénicos de los linfocitos T circulantes y citocinas afines. Sin embargo, en pocos estudios anteriores se han investigado los niveles sucesivos de citocinas en los pacientes pediátricos. En la presente comunicación se expone el caso de un niño japonés de 11 años

afecto de la enfermedad de Kimura con recaídas. Antes del diagnóstico, el paciente se presentó con una tumefacción en el lado izquierdo del cuello. El tratamiento con corticoides fue eficaz, pero el tumor reapareció al cabo de unos meses, al reducir progresivamente las dosis de corticoides. Se trató entonces con corticoides y ciclosporina y se determinaron sucesivamente los niveles séricos del receptor soluble de interleucina-2, interleucina-4, interleucina-5 y proteína catiónica eosinofílica. Los resultados sugieren que la activación de las células T colaboradoras y de las citocinas-2 de las células T colaboradoras, seguida de la activación de las células B y de la infiltración eosinofílica, desempeñan un importante papel en la enfermedad de Kimura y que la ciclosporina suprime la actividad de la misma. *Pediatrics*. 2006;118:e921-e923.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0487](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0487)

**RESUMEN. Inyección intravenosa de tabletas farmacéuticas: presentación como nódulos pulmonares múltiples y descenso de la función pulmonar en un adolescente con fibrosis quística.** Kelly J. Smith, MD, Okan Elidemir, MD, Megan K. Dishop, MD, Karen W. Eldin, MD, Nina Tatevian, MD, PhD, y Robert H. Moore, MD.

En la presente comunicación se expone el caso inusual de un adolescente con fibrosis quística que se presentó con una disminución de la función pulmonar y micronódulos pulmonares difusos. Este caso ilustra sobre los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos asociados con la inyección intravenosa y la embolización arterial pulmonar de constituyentes insolubles de tabletas farmacéuticas. Está aumentando espectacularmente, sobre todo en adolescentes, el número de usuarios noveles que hacen uso extramédico de fármacos analgésicos de venta con receta. El reconocimiento de las características diagnósticas en los estudios de imágenes y en la anatomía patológica de la biopsia pulmonar es decisivo para el diagnóstico precoz, la intervención y la potencial prevención de una muerte súbita en estos pacientes de alto riesgo. *Pediatrics*. 2006;118:e924-e928.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0085](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0085)

**RESUMEN. Probable transmisión intrafamiliar del virus coxsackie B3 con transmisión vertical, hepatitis neonatal grave de comienzo precoz y diseminación prolongada del ARN vírico.** Ling Ling Cheng, MRCPCH, Pak Cheung Ng, MD, FRCP (Londres, Edimburgo), Paul Kay-Sheung Chan, MD, FRCPATH, FHKCPATH, FHKAM, Hiu Lei Wong, MBChB, MRCP (Irlanda), Frankie Wai Tsoi Cheng, MRCPCH, y Julian Wei-Tze Tang, PhD, MRCP, MRCPATH, FHKCPATH.

Se presenta un agrupamiento familiar de tres casos con infección por virus coxsackie B3. Una historia reciente de enfermedad en el hijo de 3 años, con un coproactivo positivo a virus coxsackie B3, indicó que el niño había infectado probablemente a su madre en la última semana del embarazo. Nació un niño infectado que desarrolló una hepatitis grave, coagulación intravascular diseminada y hemorragia intracraneal bilateral. El recién nacido permaneció normal en los dos primeros días de vida. Al tercer día presentó fiebre (39 °C) y una mala circulación periférica. Al cuarto día aparecieron petequias y hematomas en la pared torácica y extremidades y se observó una hemorragia prolongada en los puntos de las punciones venosas. Los es-

tudios revelaron la presencia de una grave trombocitopenia (plaquetas:  $41 \times 10^9$ /litro) y un perfil de coagulación notablemente alterado (tiempo protrombina: 19 segundos referencia: < 10 segundos; tiempo de tromboplastina parcial activada: > 120 segundos referencia: 24,2-37,0 segundos, dímeros D séricos: 6.722 ng/ml referencia: < 500 ng/ml), todo ello sugestivo de coagulación intravascular diseminada. El examen clínico demostró la presencia de unas escleróticas amarillas, hepatomegalia (5 cm) y esplenomegalia (2 cm), compatible con hepatitis. Las radiografías seriadas de tórax mostraron derrames pleurales bilaterales y una ecografía abdominal demostró la presencia de ascitis. Una ecocardiografía demostró una estructura cardíaca normal y una buena contractilidad de ambos ventrículos. No obstante, la ecografía cerebral reveló la presencia de hemorragias intraventriculares bilaterales de grado 2. La proteína C reactiva sérica aumentó a 33,9 mg/litro. Las pruebas de la función hepática también se hallaron notablemente alteradas con unos niveles séricos máximos de alanina transferasa, bilirrubina, fosfatasa alcalina y amonio de 1.354 UI/litro, 258  $\mu$ mol/litro, 189 UI/litro y 147  $\mu$ mol/litro, respectivamente. Los niveles séricos de glucosa fueron normales. En el curso de los tres días siguientes, desapareció la fiebre y la función hepática y el perfil de la coagulación se normalizaron 13 días después del comienzo de la enfermedad. Una muestra de heces del hermano mayor, recogida 14 días después del comienzo de su enfermedad en casa, fue positiva para virus coxsackie B3 tanto mediante cultivo vírico como por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa para enterovirus. Presentó unos títulos de anticuerpos neutralizantes frente al virus coxsackie B3 de 1:2560 y 1:1280 en los días 14 y 28 después del comienzo de la enfermedad, respectivamente. No se aisló ningún virus de la muestra de heces de la madre, recogida cinco días después del comienzo de la enfermedad, pero la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus fue positiva y el suero materno neutralizó el virus coxsackie B3 aislado del recién nacido. El suero materno también demostró un aumento superior al cuádruplo del título de anticuerpos que pasó de 1:80 a 1:640 en los días 5 y 16 después del comienzo de la enfermedad, respectivamente. Los títulos de anticuerpos neonatales también presentaron un aumento superior al cuádruplo pasando de < 1:80 a 1:2560 en los días 1 y 21 después del comienzo de la enfermedad, respectivamente. Ello demuestra que tanto la madre como el recién nacido presentaron infecciones recientes por el virus

coxsackie B3. Los frotis faríngeos y las muestras de heces obtenidas de forma seriada del recién nacido presentaron cultivos negativos para enterovirus a los 4 y 8 días después del comienzo de la enfermedad, respectivamente. No obstante, siguió siendo detectable en estas muestras ARN de enterovirus mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa durante un tiempo considerable, sólo siendo indetectable a los 16, 23 y 41 días después del comienzo de la enfermedad. Todo ello demuestra que incluso infecciones discretas en el hogar pueden tener potenciales consecuencias graves para las mujeres embarazadas y sus hijos. *Pediatrics*. 2006;118:e929-e933.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0554](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0554)

**RESUMEN. Hojas informativas para el cribado neonatal.** Celia I. Kaye, MD, PhD, y el Committee on Genetics.

Las hojas informativas para el cribado neonatal fueron revisadas por última vez en 1996 por el Committee on Genetics de la American Academy of Pediatrics. La revisión actual ha sido promovida por los avances habidos en este campo desde dicha fecha, incluidas las innovaciones tecnológicas y la mayor atención que reciben las cuestiones éticas, como las relacionadas con el consentimiento informado. Los procesos que se citan a continuación se comentan en la presente revisión de las hojas informativas para el cribado neonatal: déficit de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita, sordera congénita, hipotiroidismo congénito, fibrosis quística, galactosemia, homocistinuria, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, déficit de acil-coenzima A deshidrogenasa de cadena media, fenilcetonuria, drepanocitosis y otras hemoglobinopatías y tirosinemia. En una publicación acompañante de esta publicación electrónica de las hojas informativas (disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/3/1304](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/3/1304)) se comentan una serie de temas relacionados con el cribado neonatal. Estos temas incluyen el cribado neonatal como sistema de salud pública, los factores que contribuyen a la necesidad de revisar el sistema de cribado neonatal, el consentimiento informado, la espectrometría de masas en tándem, el análisis del ADN en el cribado neonatal, la situación del cribado neonatal en EE.UU. y el efecto de la cronología de la toma de muestras, del parto pretérmino, la dieta, la transfusión y la nutrición parenteral total sobre los resultados del cribado neonatal. *Pediatrics*. 2006;118:e934-e963.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1783](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1783)