

Comentario de los autores a la Carta al Editor: «Cráneo en trébol y fisura facial bilateral: cuidados adicionales»



Comments by the authors to the Letter to the Editor: «Cloverleaf skull and bilateral facial clefts: Additional care»

El artículo «Cráneo en trébol y fisura facial bilateral» describe el caso clínico de una niña sometida a varios procedimientos quirúrgicos como la enucleación de ambos globos oculares, queiloplastia y palatoplastia con afrontamiento de tejidos faciales, nasales y maxilares. Recibió terapia antibiótico-profiláctica con cefazolina por vía intravenosa durante 10 días, y luego tratamiento con cefuroxima por vía oral durante 15 días más^{1,2}. Recibió además soporte nutricional, terapia de estimulación orofacial y de deglución hasta el alta. Están pendientes otras cirugías reconstructivas orofaciales y el cambio del sistema de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia asociada a craneosinostosis. Como se comenta en la carta al editor, el manejo es multidisciplinario³⁻⁵.

Referencias

1. García Heladia J, Rodríguez-Medina X, Franco-Gutiérrez M, Miranda-Novales G, Villegas-Silva R. Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en recién nacidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev Invest Clin.* 2005;57:425-33.
2. Salkind AR, Rao KC. Profilaxis antimicrobiana para prevenir infecciones en la herida quirúrgica. *Rev Soc Bol Ped.* 2011;50:25-9.
3. Capella D. Defectos orofaciales: Fisura labiopalatina. CERPO, Chile.
4. Pérez AP. Pacientes fisurados. *Rev Esp Ortod.* 2015;45:127-8.
5. Renault F. Trastornos de la succión-deglución del recién nacido y el lactante. *EMC-Pediatría.* 2012;47:1-7.

Denisse Alvarez-Manassero^{a,b}
y Gioconda Manassero-Morales^{a,c,*}

^a Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^b Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^c Servicio de Genética, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manassero.gioconda@gmail.com
(G. Manassero-Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.009>

Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación



Inclusion and exclusion criteria. Beyond the publication

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el estudio publicado por Conca et al.¹, cuyo objetivo fue determinar las causas infecciosas de meningitis y encefalitis en niños, mediante técnicas de microbiología convencional y de biología molecular. Quisiéramos hacer algunos comentarios al respecto:

En primer lugar, los autores incluyeron pacientes pediátricos entre 0-14 años que se presentaron con fiebre asociada a síntomas y signos neurológicos como convulsiones y compromiso del estado de conciencia y/o pleiocitosis del LCR.

Es evidente que los criterios de inclusión no son específicos y dan *chance* a la inclusión de pacientes con diversas características, lo que aumenta la variabilidad clínica. La composición de la muestra de un estudio en particular no inicia con un proceso de selección aleatorio; más importante es la construcción conceptual (basada en la revisión de la literatura) que se consigue mediante una pregunta de investigación interesante para la comunidad científica y relevante en la práctica clínica, y con la creación de criterios de inclusión y exclusión específicos, cimentados en el estado del arte del tema estudiado. Por ejemplo, los autores incluyeron pacientes con convulsiones febriles, pero no

discriminaron entre convulsión febril simple y compleja, lo que es importante para definir conducta y pronóstico dado que la Academia Americana de Pediatría establece criterios claros de realización de punción lumbar (como método diagnóstico para identificar meningitis) en niños entre 6-60 meses si se cumplen una serie de condiciones específicas²: a) Niños que se presentan con una convulsión febril simple y con signos meníngeos (rigidez nuchal, signo de Kernig y/o Brudzinski) o aquel con una historia clínica que sugiera meningitis o infección intracraneana; b) En niños de entre 6-12 meses, la punción lumbar es una opción si el niño se considera no vacunado contra *H. influenzae* tipo B o *S. pneumoniae* y, c) La punción lumbar es una opción en niños con convulsión febril simple que han sido tratados previamente con antibióticos. Estos criterios se basan en el axioma de que el riesgo de presentar infecciones del sistema nervioso central es muy bajo en niños que se presentan solo con una convulsión febril simple³. Adicionalmente los autores ignoraron que la etiología de las infecciones del sistema nervioso central en niños va a depender, en gran medida de la edad y la ruta de adquisición.

La construcción conceptual de los criterios de inclusión y exclusión no solo es importante para fortalecer la calidad académica de los estudios, además es importante para fortalecer la calidad metodológica y, en consecuencia, la aplicabilidad de los resultados. En este sentido, la información para determinar la validez interna del estudio y por ende su validez externa, se provee en las secciones de métodos y resultados. En la sección de métodos, los criterios de inclusión y exclusión (claramente definidos y construidos sobre bases científicas) pueden ayudar