

# PEDIATRICS

## páginas electrónicas

Las *Páginas electrónicas* es la sección sólo en línea de PEDIATRICS. Establecidas en 1997, las características de las *Páginas electrónicas* son la investigación original y los comentarios que cubren los avances médicos importantes. Los artículos que aparecen en las *Páginas electrónicas*, al igual que los que salen impresos en la revista, son sometidos a rigurosa revisión por expertos y son publicados con los mismos patrones de calidad. Estos artículos se hallan indexados en Medline/Pubmed, Thompson's IDL y otros importantes índices internacionales.

Los resúmenes de los artículos que aparecen en las *Páginas electrónicas* salen impresos en esta sección de cada número de PEDIATRICS y los artículos completos sólo pueden obtenerse en línea. La URL de cada artículo puede hallarse al final del resumen impreso. Todos los artículos también se pueden encontrar simplemente mirando la tabla de contenidos en línea de cada número, que se halla en la página web de la revista ([www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)). Todos los artículos que aparecen en la *Páginas electrónicas* son accesibles en línea de forma gratuita, no se precisa registro o suscripción para esta sección de "acceso abierto" de la revista.

### Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- e791 Career Development and Compensation Program: rendimiento en un centro académico de ciencias de la salud. *H. O'Brodovich et al*
- e798 Resistencia bacteriana a múltiples fármacos en niños hospitalizados; estudio multicéntrico durante 5 años. *J. Raymond et al*
- e804 Factores perinatales de riesgo para la hospitalización por enfermedad neumocócica en el niño: estudio de cohortes poblacionales. *B.E. Mahon et al*
- e813 Características del paciente y el hospital relacionadas con la duración de la estancia y los gastos hospitalarios en los ingresos por lesiones deportivas en Estados Unidos, 2000-2003. *J. Yang et al*
- e821 Medidas preventivas en los niños con o sin necesidades especiales de asistencia sanitaria. *A.J. Houtrow et al*
- e829 Relación entre la depresión parental y la utilización de los servicios sanitarios pediátricos. *M.R. Sills et al*
- e837 Lactancia materna y hospitalización por infecciones diarreicas y respiratorias: United Kingdom Millennium Cohort Study. *M.A. Quigley et al*
- e843 Resultados de una prueba aleatoria en un programa para investigar el consumo de drogas por los adolescentes. *S. Levy et al*
- e849 Perfeccionamiento del consentimiento informado: sugerencias ofrecidas por los padres de niños con leucemia. *M.L. Eder et al*
- e860 Evolución neuromotriz a los 2 años de edad en niños muy pretermino que recibieron ventilación oscilatoria de alta frecuencia o ventilación convencional para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio. *P. Truffert et al*
- e866 Coste de los servicios de intervención precoz en relación con los partos pretermino: análisis según la edad gestacional. *K.M. Clements et al*
- e875 Tendencias a lo largo de 20 años en los traumatismos mortales en niños de muy corta edad: persistencia de las diferencias raciales. *J.C. Pressley et al*
- e885 Impacto del State Children's Health Insurance Program en los adolescentes de Nueva York. *J.D. Klein et al*
- e893 Eficacia de un sistema para el adiestramiento en la deglución de comprimidos, destinado a mejorar el cumplimiento de las prescripciones medicamentosas en los pacientes pediátricos con VIH/SIDA. *P.A. Garvie et al*
- e900 Disminución de los nacimientos con bajo peso y pretermino en los hijos de madres infectadas por el VIH en una época con mayor uso materno de los fármacos antirretrovíricos: Pediatric Spectrum of HIV Disease, 1989-2004. *J. Schulte et al, para el Pediatric Spectrum of HIV Disease Consortium*
- e907 Síndrome nefrótico en el primer año de vida: dos tercios de los casos se producen por mutaciones en 4 genes (*NPHS1, NPHS2, WT1 y LAMB2*). *B.G. Hinkes et al, y los miembros del Arbeitsgemeinschaft für Paediatricische Nephrologie Study Group*
- e920 Uso de servicios de intérpretes por parte de los pediatras para las familias con escasos conocimientos del inglés. *D.Z. Kuo et al*
- e928 Persistencia de disparidades socioeconómicas en las tasas de mortalidad del lactante, neonatal y postneonatal en Estados Unidos, 1969-2001. *G.K. Singh et al*
- e940 Estudio transversal sobre los niveles de asistencia y los mecanismos de respuesta ante los fenómenos graves que se producen en los niños hospitalizados. *S.D. VandenBerg et al, y los Paediatric Early Warning System Investigators*
- e947 Asistencia continuada de los lactantes con neumopatía crónica: ensayo de distribución aleatoria para comparar los modelos de control extra e intrahospitalario. *T.M. O'Shea et al*
- e958 Consejos y conducta para la prevención de lesiones traumáticas en los niños de Estados Unidos: resultados del Second Control and Risk Survey. *J. Chen et al*
- e966 Creencias sobre la masculinidad, comunicación parental y utilización de la asistencia sanitaria por parte de los adolescentes varones. *A.V. Marcell et al*
- e976 Asociación entre las cardiopatías congénitas y el peso bajo para la edad de gestación. *S. Malik et al, y el National Birth Defects Prevention Study*
- e983 ¿Una nueva variante fenotípica de la restricción del crecimiento intrauterino? *C. de Felice et al*
- e991 ¿Los centros de detención judicial para los jóvenes cumplen los requisitos de la American Academy of Pediatrics y la National Commission on Correctional Health Care? Un análisis nacional de las prácticas actuales. *C.A. Gallagher et al*
- e1002 *Mycoplasma pneumoniae* y síndrome de Stevens-Johnson atípico: una serie de casos. *K.A. Ravin et al*

**RESUMEN.** **Career Development and Compensation Program: rendimiento en un centro académico de ciencias de la salud.** Hugh O'Brodovich, MD, Joseph Beyene, PhD, Susan Tallett, MB, BS, Daune MacGregor, MD, y Norman D. Rosenblum, MD.

**Resultados.** En la revisión trienal, todos los perfiles profesionales tuvieron unas probabilidades similares de aumentar un nivel en el Career Development and Compensation Program. Análogamente, los 5 perfiles profesionales presentaron unas tasas similares de aumento de nivel en relación con el número total de años de ejercicio en un centro académico de ciencias de la salud. En el momento de dicha revisión trienal, ni el grado académico universitario ni el género del médico influyeron en las probabilidades de aumentar un nivel.

**Conclusión.** El Career Development and Compensation Program, revisado por expertos, presenta un rendimiento uniforme y equivalente en cada una de las áreas de educación, asistencia clínica e investigación, sin que se detecten efectos producidos por el grado académico o el género del médico. *Pediatrics*. 2007;119:e791-e797.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2207](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2207)

**RESUMEN.** **Resistencia bacteriana a múltiples fármacos en niños hospitalizados: estudio multicéntrico durante 5 años.** Josette Raymond, MD, PhD, Patrice Nordmann, MD, PhD, Catherine Doit, MD, Hoang Vu Thien, MD, Michèle Guibert, MD, Agnès Ferroni, MD, y Yannick Aujard, MD.

**Resultados.** Las incidencias medias fueron las siguientes: 0,9 por 1.000 días de hospitalización para *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente; 0,45 para *Klebsiella pneumoniae* productora de β-lactamasa de amplio espectro; 0,32 para Enterobacteriaceae productoras de β-lactamasa de amplio espectro, diferentes de *Klebsiella pneumoniae*; 0,40 para especies de *Enterobacter* con derepresión de cefalosporinasa, y 0,01 para *Enterococcus* vancomicina-resistente. Las incidencias por 1.000 días de hospitalización para *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, *Klebsiella pneumoniae* productora de β-lactamasa de amplio espectro, Enterobacteriaceae productoras de β-lactamasa de amplio espectro diferentes de *Klebsiella pneumoniae*, y especies de *Enterobacter* con derepresión de cefalosporinasa disminuyeron significativamente desde 1999 a 2003, mientras que la incidencia de *Enterococcus* vancomicina-resistente permaneció muy baja. La proporción de cepas resistentes dentro de las especies no varió significativamente para *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (11% a 9,6%), Enterobacteriaceae productoras de β-lactamasa de amplio espectro diferentes de *Klebsiella pneumoniae* (1,1%) y *Enterococcus* vancomicina-resistente (0,03% a 0,023%). En cambio, la frecuencia de *Klebsiella pneumoniae* productora de β-lactamasa de amplio espectro disminuyó desde 31,6% a 7,4%, y la de especies de *Enterobacter* con derepresión de cefalosporinasa disminuyó desde 38,8% a 18,5%.

**Conclusiones.** Durante un período de 5 años, hemos observado en niños hospitalizados unos descensos significativos en la incidencia de *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, *Klebsiella pneumoniae* productora de β-lactamasa de amplio espectro, Enterobacteriaceae productoras de β-lactamasa de amplio espectro diferentes de *Klebsiella pneumoniae*, y especies de *Enterobacter* con derepresión de cefalosporinasa. *Pediatrics*. 2007;119:e798-e803.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1384](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1384)

**RESUMEN.** **Factores perinatales de riesgo para la hospitalización por enfermedad neumocócica en el niño: estudio de cohortes poblacionales.** Barbara E. Mahon, MD, MPH, Vera Ehrenstein, MPH, Mette Nørgaard, MD, PhD, Lars Pedersen, MSc, Kenneth J. Rothman, DrPH, y Henrik T. Sørensen, MD, PhD, DMS.

**Resultados.** Entre 338.504 nacimientos elegibles, 1.052 niños ingresaron posteriormente por enfermedad neumocócica. La neumonía motivó la mayoría de las hospitalizaciones (81,9%). La tasa de hospitalización por enfermedad neumocócica fue más elevada en los niños de 7 a 24 meses, seguida por las de los niños de 0 a 6 meses y de 25 a 60 meses. Las tasas más elevadas, típicamente más de 200 hospitalizaciones por 100.000 años-persona, se observaron en los niños de 0 a 6 meses y 7 a 24 meses que nacieron pretérmino o con bajo peso, puntuaciones bajas del Apgar 5' o malformaciones congénitas. La tasa de hospitalización fue menor en los primogénitos de 0 a 6 meses, pero no lo fue a unas edades mayores. En las edades mayores, las tasas de hospitalización no fueron significativamente diferentes en los hijos de madres que fumaron durante el embarazo; sin embargo, en los niños de 0 a 6 meses la tasa en los hijos de madres multíparas no fumadoras fue mayor que en el resto. Los cocientes de tasas ajustados fueron elevados en todas las categorías de edades para diversas variables, como el peso al nacer, la presencia de malformaciones congénitas y la puntuación baja del Apgar 5'. En otras variables, como el parto pretérmino, la multiparidad, la edad materna ≤ 20 años y la ciudadanía no danesa ni de la Unión Europea, los cocientes de tasas ajustados fueron elevados sólo en los niños de 0 a 6 meses.

**Conclusiones.** Este estudio a gran escala sobre la hospitalización infantil por enfermedad neumocócica pone en claro el papel de algunos factores gestacionales y neonatales, pero suscita nuevas dudas sobre el mecanismo de acción de dichos factores. *Pediatrics*. 2007;119:e804-e812.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2094](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2094)

**RESUMEN.** **Características del paciente y el hospital relacionadas con la duración de la estancia y los gastos hospitalarios en los ingresos por lesiones deportivas en Estados Unidos, 2000-2003.** Jingzhen Yang, PhD, MPH, Corinne Peek-Asa, PhD, MPH, Veerasathpurush Allareddy, DDS, George Phillips, MD, Ying Zhang, PhD, y Gang Cheng, MS.

**Resultados.** En toda la nación se identificaron en total 7.979 hospitalizaciones infantiles por lesiones deportivas en niños de 5 a 18 años durante un período de 4 años, aproximadamente 10.000 por año. Más de la mitad de las hospitalizaciones fue por fracturas. La duración media y mediana de la estancia por dichas lesiones fue de 2,4 y 1,1 días, respectivamente. Tras la ponderación, los gastos hospitalarios totales estimados para las hospitalizaciones y edades mencionadas fueron de 485 millones de dólares en 4 años, con un aumento constante de los gastos cada año. Los gastos hospitalarios totales fueron un 46,1% más elevados en los hospitales urbanos que en los rurales. Los hospitales de las regiones occidentales de Estados Unidos presentaron unos gastos totales significativamente mayores que los de otras regiones.

**Conclusiones.** Estos hallazgos proporcionan una base empírica para ulteriores investigaciones sobre la magnitud de las lesiones deportivas infantiles que dan lugar a la hospitalización. Es necesario realizar nuevos estudios para identificar los factores que se asocian con la duración de la

estancia y los gastos hospitalarios totales en estas lesiones. Las iniciativas de actuación deben dirigirse también a prevenir las lesiones deportivas graves y a reducir la hospitalización y los gastos. *Pediatrics*. 2007;119:e813-e820.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2140](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2140)

**RESUMEN. Medidas preventivas en los niños con o sin necesidades especiales de asistencia sanitaria.** Amy J. Houtrow, MD, MPH, Sue E. Kim, PhD, MPH, Alex Y. Chen, MD, MSHS, y Paul W. Newacheck, DrPH.

**Resultados.** La prevalencia de las necesidades especiales de asistencia sanitaria en los niños de 3 a 17 años fue de 21,6%. Según los informes dados por los cuidadores, en el 87,5% de estos niños se practicó ≥ 1 prueba de cribado sanitario en el año anterior, en comparación con el 73,1% de los niños sin necesidades especiales de asistencia sanitaria. El 69,8% de los niños con dichas necesidades recibió más de 1 tema de guía anticipada, en comparación con el 55,2% de los niños sin las mencionadas necesidades. Según los informes de los cuidadores, los niños de raza negra o hispana con necesidades especiales de asistencia sanitaria tuvieron más probabilidades de recibir las 6 clases de guía anticipada valoradas en este estudio, en comparación con los niños de otras razas.

**Conclusiones.** De acuerdo con los informes dados por los cuidadores, los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria tuvieron más probabilidades de recibir guía anticipada y pruebas de cribado sanitario, en comparación con los niños sin dichas necesidades. Aunque la mayoría de niños recibió anualmente algún tipo de cribado sanitario y guía anticipada, existen lagunas evidentes en la prestación de medidas preventivas. En el estudio se identifican ciertas áreas con posibilidad de incrementar dichas medidas preventivas en los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria, así como en los demás niños. *Pediatrics*. 2007;119:e821-e828.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1896](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1896)

**RESUMEN. Relación entre la depresión parental y la utilización de los servicios sanitarios pediátricos.** Marion R. Sills, MD, MPH, Susan Shetterly, MSPH, Stanley Xu, PhD, David Magid, MD, MPH, y Allison Kempe, MD, MPH.

**Resultados.** En nuestra población de estudio hubo 24.391 niños expuestos a la depresión parental y 45.274 no expuestos, emparejados por edades con los anteriores. Los adolescentes expuestos presentaron unas tasas más reducidas de visitas de puericultura. En los 4 grupos de mayor edad, las tasas de visitas a especialistas fueron más elevadas en los niños expuestos. En los 5 grupos de edades, las tasas de visitas al servicio de urgencias y de visitas por enfermedad a las clínicas de asistencia primaria fueron más elevadas en los niños expuestos. La tasa de visitas hospitalarias fue mayor en los niños expuestos incluidos en 2 de los 5 grupos de edades.

**Conclusiones.** En conjunto, el hecho de que al menos 1 de ambos progenitores sufra depresión se asocia con una mayor tasa de visitas al servicio de urgencias y por enfermedad en todos los grupos de edades, así como con una mayor utilización de los servicios hospitalarios y de especialidades en algunos grupos de edades, y con una menor tasa de visitas de puericultura en los niños de 13 a 17 años. Este patrón de un mayor uso de los servicios caros y un menor uso de la asistencia preventiva es una de las conse-

cuencias ocultas derivadas de la depresión en el adulto. *Pediatrics*. 2007;119:e829-e836.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2399](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2399)

**RESUMEN. Lactancia materna y hospitalización por infecciones diarreicas y respiratorias: United Kingdom Millennium Cohort Study.** Maria A. Quigley, MSC, Yvonne J. Kelly, PhD, y Amanda Sacker, PhD.

**Resultados.** El 70% de los lactantes recibió lactancia materna en alguna ocasión durante los 8 primeros meses, el 34% la recibió durante al menos 4 meses y el 1,2%, durante al menos 6 meses. A los 8 meses de edad, el 12% de los lactantes había ingresado en el hospital (el 1,1% por diarrea; el 3,2% por infecciones respiratorias de vías bajas). Tras analizar los datos por meses de edad, con ajuste de los factores que podían motivar confusión, se observó que la lactancia materna exclusiva, en comparación con la ausencia de lactancia materna, protegía frente a la hospitalización por diarrea e infecciones de vías respiratorias bajas. El efecto de la alimentación parcial al pecho era más débil. Las fracciones poblacionales sugieren que un porcentaje estimado del 53% de las hospitalizaciones por diarrea podrían haberse evitado cada mes con la lactancia materna exclusiva, y un 31% con su administración parcial. De un modo similar, el 27% y el 25% de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias de vías bajas podrían haberse evitado con la lactancia materna exclusiva y parcial, respectivamente. Los efectos protectores de la lactancia materna frente a estos procesos desaparecen poco después de abandonarla.

**Conclusiones.** La lactancia materna, particularmente cuando es exclusiva y prolongada, protege actualmente frente a una morbilidad importante en el Reino Unido. El incremento de la lactancia materna en la población podría ejercer un efecto beneficioso considerable sobre la salud pública. *Pediatrics*. 2007;119:e837-e842.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2256](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2256)

**RESUMEN. Resultados de una prueba aleatoria en un programa para investigar el consumo de drogas por los adolescentes.** Sharon Levy, MD, MPH, Lon Sherritt, MPH, Brigid L. Vaughan, MD, Matthew Germakc, y John R. Knight, MD.

**Resultados.** De 710 análisis para drogas, en 40 pruebas negativas las muestras se hallaban demasiado diluidas para interpretarlas adecuadamente, y 45 de 217 pruebas positivas eran consecuencia del uso de medicamentos prescritos, lo que arroja un total de 85 pruebas susceptibles de error. De los 85 informes de laboratorio confirmatorios revisados, 43 eran positivos para oxicodona, pero sólo 16 de ellos habían dado resultados positivos para opiáceos en la prueba de cribaje.

**Conclusiones.** A menos que se empleen procedimientos adecuados para recoger, analizar e interpretar las pruebas de laboratorio para drogas, existe un riesgo importante de error. *Pediatrics*. 2007;119:e843-e848.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2278](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2278)

**RESUMEN. Perfeccionamiento del consentimiento informado: sugerencias ofrecidas por los padres de niños con leucemia.** Michelle L. Eder, PhD, Amy D. Yamokoski, MA, Peter W. Wittmann, BA, y Eric D. Kodish, MD.

**Resultados.** Las sugerencias que se citaron con más frecuencia para mejorar el consentimiento informado, planteadas durante las entrevistas y los grupos dirigidos, se orientaron hacia lo siguiente: dar más tiempo a los progenitores para que adopten su decisión; cuantía y clase de información ofrecida; organización de la reunión para el consentimiento; estilo de la comunicación, y aporte de datos adicionales. En la reunión del grupo asesor parental sobre el consentimiento informado, los padres desarrollaron normas específicas para la organización de los datos que se presentan en el proceso del consentimiento, con 7 componentes principales: cronología, secuencia, lista de comprobación, comprobación de la comprensión, guía anticipada, debate con perspectiva histórica sobre el ensayo clínico de distribución aleatoria, y toma de la decisión.

**Conclusiones.** Mediante la incorporación de las perspectivas parentales, que representan la auténtica voz de los interesados, nuestra investigación constituye un verdadero enfoque compartido para mejorar el proceso del consentimiento. Para lograr dicha mejoría, los padres aportaron consejos prácticos que son aplicables a la mayoría de las poblaciones de pacientes, tanto pediátricos como adultos. *Pediatrics*. 2007;119:e849-e859.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2208](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2208)

**RESUMEN. Evolución neuromotriz a los 2 años de edad en niños muy pretérmino que recibieron ventilación oscilatoria de alta frecuencia o ventilación convencional para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio.** Patrick Truffert, MD, PhD, Josefa Paris-Llado, PhD, Benoît Escande, MD, Jean-François Magny, MD, Gilles Cambonie, MD, Elie Saliba, MD, Gérard Thiriez, MD, Véronique Zupan-Simunekh, Thierry Blanc, MD, Jean-Christophe Rozé, MD, Gérard Bréart, MD, MSC, y Guy Moriette, MD.

**Resultados.** En los lactantes revisados, las cifras medias de peso al nacer y edad gestacional eran similares en los dos grupos de ventilación. Al igual que en la población global estudiada, se observaron las siguientes diferencias entre el grupo de ventilación de alta frecuencia y el grupo de ventilación convencional: puntuación más baja del Apgar 5', menores instilaciones del factor tensio-activo y mayor incidencia de hemorragia intraventricular grave. A la edad corregida de 2 años, 93 de los 97 lactantes del grupo de alta frecuencia y 79 de los 95 del grupo de ventilación convencional no presentaban ninguna discapacidad motriz, mientras que 4 lactantes del grupo de alta frecuencia y 16 del grupo convencional sufrían parálisis cerebral.

**Conclusiones.** Contrariamente a nuestros temores iniciales sobre un mayor porcentaje de hemorragia intraventricular grave en el grupo de ventilación de alta frecuencia, estos datos sugieren que el uso temprano de dicha ventilación puede acompañarse de una evolución neuromotriz más favorable, en comparación con la ventilación convencional. Debido al pequeño número de pacientes estudiados y a la falta de explicación para este hallazgo, sólo podemos concluir que la ventilación oscilatoria de alta frecuencia no se acompaña de una evolución neuromotriz más desfavorable. *Pediatrics*. 2007;119:e860-e865.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2082](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2082)

**RESUMEN. Coste de los servicios de intervención precoz en relación con los partos pretérmino: análisis según la edad gestacional.** Karen M. Clements, ScD, Wanda D. Barfield, MD, MPH, M. Femi Ayadi, PhD, y Nancy Wilber, EdD.

**Resultados.** Globalmente, 14.033 de 76.901 lactantes supervivientes tuvieron acceso a los servicios de intervención precoz. Los costes del programa totalizaron 66 millones de dólares, con un coste medio de 857 dólares por cada niño superviviente. El coste medio por niño fue máximo en los de 24 a 31 semanas de edad gestacional (5.393 dólares); en los de 32 a 36 semanas, el coste (1.578 dólares) fue mayor que en los nacidos a término (725 dólares). El coste por niño superviviente disminuyó generalmente al aumentar la edad gestacional. Entre los niños que recibieron intervención precoz, el coste medio por niño fue mayor en los pretérmino que en los nacidos a término. En cada edad gestacional, el coste medio por niño superviviente fue mayor en los partos múltiples que en los únicos, y los costes anuales de la intervención precoz fueron más elevados en los niños de corta edad que en los lactantes.

**Conclusiones.** En comparación con los lactantes a término, los lactantes pretérmino ocasionaron más costes en la intervención precoz. Esta información, unida a los datos sobre las tendencias en los nacimientos, servirá para planear el presupuesto de los programas de intervención precoz. Al considerar los costes a largo plazo de la prematuridad, deben incluirse los que originan los servicios dedicados al desarrollo en las épocas iniciales de la infancia. *Pediatrics*. 2007;119:e866-e874.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1729](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1729)

**RESUMEN. Tendencias a lo largo de 20 años en los traumatismos mortales en niños de muy corta edad: persistencia de las diferencias raciales.** Joyce C. Pressley, PhD, MPH, Barbara Barlow, MD, Tiffany Kendig, MSPT, y Rachel Paneth-Pollak, MPH.

**Resultados.** Las tasas de traumatismos de todas las causas declinaron durante el período de estudio, pero los porcentajes de mortalidad actuales para los traumatismos de todas las causas permanecieron elevados en los niños de razas negra e india americana/nativos de Alaska, y fueron más bajos en los niños asiáticos y de las islas del Pacífico, en comparación con los de raza blanca. Los análisis de las tendencias dentro de cada grupo racial mostraron unas mejorías significativas en todos los grupos para las lesiones accidentales, pero no para las inflingidas. Los niños de razas negra e india americana/nativos de Alaska presentaron un mayor riesgo de lesiones por fuego en la vivienda, asfixia, intoxicación, caídas, accidentes de vehículos a motor y armas de fuego. Las disparidades fueron menores para el fuego en la vivienda, los peatones y las intoxicaciones, y fueron mayores para los ocupantes de vehículos a motor, accidentes no especificados en dichos vehículos y asfixia en los niños de razas negra e india americana/nativos de Alaska.

**Conclusiones.** Estos hallazgos identifican las áreas con lesiones en las que disminuyeron las diferencias, o bien hubo mejorías con conservación o aumento de las diferencias, o poco o ningún progreso. El estudio sugiere además que son necesarios determinados mecanismos para aplicar nuevas estrategias y enfoques en las áreas reacias a la mejoría en las tasas absolutas y/o en la disminución de las disparidades, donde está indicada una mayor difusión de las iniciativas con

probada eficacia para prevenir los traumatismos en las poblaciones de alto riesgo. *Pediatrics*. 2007;119:e875-e884.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2412](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2412)

**RESUMEN.** **Impacto del State Children's Health Insurance Program en los adolescentes de Nueva York.** Jonathan D. Klein, MD, MPH, Laura P. Shone, DRPH, MSW, Peter G. Szilagyi, MD, MPH, Alina Bajorska, MS, Karen Wilson, MD, MPH, y Andrew W. Dick, PhD.

**Resultados.** La proporción de adolescentes que manifestó tener una fuente habitual de asistencia aumentó durante su participación en el State Children's Health Insurance Program, en comparación con la etapa anterior (69,9% a 87,1%). Disminuyó la proporción de adolescentes con necesidades no cubiertas de tipo asistencial (54,3% a 42,1%) o preventivo (53,8% a 40,6%), y se eliminaron las diferencias raciales que existían antes de ingresar en el State Children's Health Insurance Program. Después de su ingreso en el programa, hubo más adolescentes que recibieron una visita preventiva (65,9% a 74,2%); en cambio, no variaron las visitas al servicio de urgencias. No se hallaron diferencias en el grado de satisfacción, aunque hubo aumentos significativos en las tasas de quienes recibieron asistencia confidencial y consejos preventivos, según los datos proporcionados por los padres y los adolescentes.

**Conclusiones.** Los adolescentes incluidos en el New York's State Children's Health Insurance Program experimentaron mejorías en el acceso, la utilización y la calidad asistenciales. Estos hallazgos sugieren que el aporte de aseguramiento sanitario puede ayudar a mejorar la prestación asistencial a los adolescentes. *Pediatrics*. 2007;119:e885-e892.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1953](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1953)

**RESUMEN.** **Eficacia de un sistema para el adiestramiento en la deglución de comprimidos, destinado a mejorar el cumplimiento de las prescripciones medicamentosas en los pacientes pediátricos con VIH/SIDA.** Patricia A. Garvie, PhD, Shelly Lensing, MS, y Shesh N. Rai, PhD.

**Resultados.** El número modal de sesiones necesarias para adquirir la habilidad en la deglución de los comprimidos fue de 1 sesión. Los niños de menor edad (4-5 años) requirieron una mediana de 2 sesiones de adiestramiento; los niños mayores,  $\geq 3$  sesiones. Desde el momento inicial hasta 6 meses después del adiestramiento, se observó una mejoría significativa en el cumplimiento de las prescripciones, así como en el porcentaje de células T CD4 $^{+}$  y en la carga viral.

**Conclusiones.** La participación en el adiestramiento para la deglución de los comprimidos guardó relación con una mejoría en el cumplimiento de las prescripciones medicamentosas 6 meses después de dicho adiestramiento. A lo largo del tiempo se observaron también mejorías en el porcentaje de células T CD4 $^{+}$  y en la carga viral, sobre todo a los 6 meses de la actuación. Estos hallazgos preliminares justifican la realización de un estudio adicional mediante un ensayo clínico prospectivo, controlado y de distribución aleatoria. El adiestramiento en la deglución de los comprimidos es una actuación potencialmente satisfactoria, que requiere poco tiempo, es eficaz con respecto al coste, y va

destinada a mejorar el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas antirretrovíricas y, por lo tanto, la situación médica del paciente, en los niños con VIH. *Pediatrics*. 2007;119:e893-e899.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1488](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1488)

**RESUMEN.** **Disminución de los nacimientos con bajo peso y pretérmino en los hijos de madres infectadas por el VIH en una época con mayor uso materno de los fármacos antirretrovíricos: Pediatric Spectrum of HIV Disease, 1989-2004.** Joann Schulte, DO, MPH, Ken Dominguez, MD, MPH, Thomas Sukalac, Beverly Bohannon, MS, BSN, y Mary Glenn Fowler, MD, para el Pediatric Spectrum of HIV Disease Consortium.

**Resultados.** Se investigó en total a 11.231 de los 14.464 recién nacidos incluidos en el estudio Pediatric Spectrum of HIV Disease. Desde 1989 a 2004, las pruebas analíticas aumentaron del 32% al 97%. La proporción de niños expuestos al VIH con bajo peso al nacer disminuyó en todos los grupos raciales y étnicos del 35% al 21%. La prevalencia de los partos pretérmino disminuyó del 35% al 22%, también en todos los grupos. El uso de cualquier terapéutica antirretroviral materna aumentó del 2% al 84%. Entre las 8.793 mujeres que recibieron asistencia prenatal, el bajo peso al nacer se asoció con antecedentes de consumo de drogas, situación de VIH desconocida antes del parto, enfermedad por VIH sintomática, raza negra, etnia hispana e infección del niño por VIH. El tratamiento antirretroviral o su ausencia no se asociaron con el bajo peso al nacer. En las mujeres con asistencia prenatal, el parto pretérmino se asoció con antecedentes de consumo de drogas, enfermedad por VIH sintomática, ausencia de tratamiento antirretroviral, tratamientos antirretrovirales altamente activos con 3 fármacos inhibidores de la proteasa, raza negra e infección del niño por VIH.

**Conclusiones.** La proporción de lactantes con bajo peso al nacer o pretérmino disminuyó durante una época en la que aumentó el tratamiento antirretroviral materno. Estas tendencias halladas en el estudio Pediatric Spectrum of HIV Disease difieren de los aumentos globales de ambos parámetros observados en la población general de Estados Unidos. *Pediatrics*. 2007;119:e900-e906.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1123](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1123)

**RESUMEN.** **Síndrome nefrótico en el primer año de vida: dos tercios de los casos se producen por mutaciones en 4 genes (NPHS1, NPHS2, WT1 y LAMB2).** Bernward G. Hinkes, MD, Bettina Mucha, MD, Christopher N. Vlangos, PhD, Rasheed Gbadegesin, MD, FAAP, Jinhong Liu, MD, Katrin Hasselbachera, Daniela Hangan, MD, Fatih Ozaltin, MD, Martin Zenker, MD, Friedhelm Hildebrandt, MD, y los miembros del Arbeitsgemeinschaft für Paediatrische Nephrologie Study Group.

**Resultados.** Se detectaron mutaciones patogénicas en el 66,3% (53 de 80) de las familias (NPHS1, NPHS2, WT1 y LAMB2: 22,5%, 37,5%, 3,8% y 2,5%, respectivamente). Hasta en un 84,8% de las familias con síndrome nefrótico de comienzo congénito (0-3 meses) y en un 44,1% de los casos con comienzo en el lactante (4-12 meses), el síndrome se produjo por mutaciones. Las mutaciones NPHS2 fueron la causa más frecuente del síndrome nefrótico en las familias cuyo proceso fue congénito (39,1%) o en el lac-

tante (35,3%), mientras que las mutaciones *NPHS1* se hallaron sólo en los pacientes con comienzo congénito. De 45 niños en quienes se intentó el tratamiento con esteroides, sólo 1 logró una respuesta duradera. De estos 45 niños tratados, 28 presentaban mutaciones causales, ninguno de los cuales respondió al tratamiento.

**Conclusiones.** En primer lugar, dos tercios de los casos de síndrome nefrótico que se manifiestan durante el primer año de vida pueden explicarse por mutaciones de sólo 4 genes (*NPHS1*, *NPHS2*, *WT1* o *LAMB2*). En segundo lugar, las mutaciones *NPHS1* ocurren sólo en el síndrome nefrótico congénito. Finalmente, los lactantes con mutaciones causales en cualquiera de los 4 genes no responden al tratamiento con esteroides, por lo cual puede evitarse su empleo innecesario. *Pediatrics*. 2007;119:e907-e919.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2164](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2164)

**RESUMEN. Uso de servicios de intérpretes por parte de los pediatras para las familias con escasos conocimientos del inglés.** Dennis Z. Kuo, MD, MHS, Karen G. O'Connor, BS, Glenn Flores, MD, y Cynthia S. Minkovitz, MD, MPP.

**Resultados.** Los familiares bilingües (70%) y el personal bilingüe (58%) fueron los recursos que se emplearon con más frecuencia a este respecto; el 40% de los encuestados informó que utilizaba intérpretes profesionales; el 28%, intérpretes por teléfono, y el 35% de los consultorios aportaba materiales por escrito traducidos. Los pediatras que ejercían en pequeños consultorios o en el ámbito rural, o bien en Estados con una mayor proporción de personas con dificultades lingüísticas, utilizaron menos los intérpretes profesionales. Los pediatras con ejercicio en Estados con entidades que pagan estos servicios eran más propensos a utilizar los intérpretes profesionales.

**Conclusiones.** La mayoría de los pediatras recurrió a intérpretes no adiestrados para comunicarse con los pacientes y familiares con escaso conocimiento del inglés. Los pediatras de regiones en las que existen elevadas proporciones de personas con conocimientos lingüísticos limitados pueden ser menos propensos a proporcionar unos servicios de intérpretes adecuados. El pago de los servicios de intérpretes profesionales, por parte de entidades aseguradoras, puede aumentar el empleo de intérpretes adiestrados y la calidad de la asistencia. *Pediatrics*. 2007;119:e920-e927.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1508](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1508)

**RESUMEN. Persistencia de disparidades socioeconómicas en las tasas de mortalidad del lactante, neonatal y postneonatal en Estados Unidos, 1969-2001.** Gopal K. Singh, PhD, y Michael D. Kogan, PhD.

**Resultados.** Aunque las disparidades absolutas han disminuido a lo largo del tiempo, las disparidades socioeconómicas relativas en la mortalidad del lactante han aumentado desde 1985. En 1985-1989, los lactantes del grupo más desfavorecido presentaron unos riesgos de mortalidad neonatal y postnatal que eran un 36% y un 57% mayores, respectivamente, que en los lactantes del grupo menos desfavorecido. Los riesgos relativos correspondientes aumentaron al 43% y 96% en 1995-2000. El riesgo ajustado de mortalidad del lactante fue un 22% mayor en 1986 para las madres con < 12 años de educación académica que para aquellas otras con ≥ 16 años de educación, y el riesgo

relativo aumentó al 41% en 2001. Las disparidades fueron máximas en los lactantes con peso normal al nacer, donde los riesgos relativos de mortalidad neonatal y postnatal, en relación con el grado de educación, aumentaron significativamente entre 1986 y 2001.

**Conclusiones.** Los descensos espectaculares de la mortalidad del lactante en todos los grupos socioeconómicos durante 1969-2001 constituyen un importante éxito de salud pública. Sin embargo, persisten disparidades socioeconómicas substanciales en la mortalidad neonatal y postnatal. Los descensos relativamente mayores en la mortalidad del lactante y postnatal en los grupos socioeconómicamente más favorecidos han contribuido al aumento de las diferencias de mortalidad desde 1985. La persistencia de disparidades en la mortalidad del lactante entre los grupos socioeconómicos puede reflejar una polarización creciente en las condiciones materiales y sociales, así como en el tabaquismo durante el embarazo y en los servicios de asistencia sanitaria. *Pediatrics*. 2007;119:e928-e939.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2181](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-2181)

**RESUMEN. Estudio transversal sobre los niveles de asistencia y los mecanismos de respuesta ante los fenómenos graves que se producen en los niños hospitalizados.** Stephanie D. VandenBerg, Jamie S. Hutchison, BS, MD, y Christopher S. Parshuram, MBChB, DPHIL, y los Paediatric Early Warning System Investigators.

**Resultados.** A partir de las respuestas de 388 (84%) hospitales se identificaron los 181 hospitales infantiles elegibles incluidos en este estudio. Todos ellos poseían una UCIP; 99 (55%), unidades de alta dependencia; 101 (56%), oxigenación por membrana extracorpórea, y 69 (38%) utilizaban la oxigenación por membrana extracorpórea para el paro cardiorrespiratorio rebelde. Todos los hospitales poseían equipos de respuesta inmediata, que se activaron 4.676 veces durante los 12 meses anteriores. El 24% de los hospitales disponía de criterios de activación para dichos equipos. Los equipos de respuesta urgente para tratar a los niños que presentaban un deterioro clínico, pero que no se hallaban en riesgo inmediato de paro cardiorrespiratorio, estaban disponibles en 136 (75%) hospitales; 29 (17%) disponían de equipos especializados para urgencias médicas, y 92 (51%) consultaban a la UCIP. Los fenómenos de código azul fueron más comunes en los hospitales con equipos de oxigenación por membrana extracorpórea, bypass cardiopulmonar y UCIP de más capacidad.

**Conclusiones.** En la actualidad, la organización de los hospitales infantiles de Canadá y Norteamérica incluye áreas dedicadas a emparejar el carácter agudo de los pacientes y el personal adicional para estabilizarlos y facilitar su traslado. El funcionamiento de estos sistemas da lugar a unas 5.000 llamadas cada año para la asistencia médica inmediata a los pacientes de la sala. *Pediatrics*. 2007;119:e940-e946.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0852](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0852)

**RESUMEN. Asistencia continuada de los lactantes con neumopatía crónica: ensayo de distribución aleatoria para comparar los modelos de control extra e intrahospitalario.** T. Michael O'Shea, MD, MPH, Savithri Nageswaran, MBBS, MPH, Debbie C. Hiatt, BSN, RN, Claudine Legault, PhD, Mary Lou Moore, PhD, RN, Michelle Naughton, PhD, MPH, Donald J. Goldstein, PhD, y Robert G. Dillard, MD.

**Resultados.** Cada grupo de distribución aleatoria estuvo compuesto por 73 niños supervivientes, 69 de los cuales se valoraron al año de edad. La mediana del índice de desarrollo mental (corregido para la edad gestacional) fue de 90 en ambos grupos. La mediana del índice de desarrollo psicomotor fue de 82 en el grupo de control intrahospitalario y de 81 en el grupo extrahospitalario. La mediana de la prueba Vineland Adaptive Behavioral Composite fue de 100 y 102 en los grupos intra y extrahospitalario, respectivamente. Las proporciones de retraso del crecimiento fueron de 13% y 26% en los grupos intra y extrahospitalario, respectivamente, y las proporciones de rehospitalización por enfermedad respiratoria, de 33% y 29%, respectivamente.

**Conclusiones.** Los lactantes asignados aleatoriamente al control extrahospitalario tuvieron un desarrollo y una evolución de su estado de salud similares a los observados en los lactantes cuyo control se realizó en el hospital. El primer método podría ser una alternativa deseable para las familias del ámbito rural o con dificultades para acudir a un centro médico de nivel terciario. *Pediatrics*. 2007;119:e947-e957.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1717](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1717)

**RESUMEN. Consejos y conducta para la prevención de lesiones traumáticas en los niños de Estados Unidos: resultados del Second Control and Risk Survey.** Jieru Chen, MS, Marcie-Jo Kresnow, MS, Thomas R. Simon, PhD, y Ann Dellinger, PhD, MPH.

**Resultados.** La proporción global de niños estadounidenses que recibió algún consejo para la prevención de traumatismos (42,4%) permanecía relativamente invariable; sin embargo, los consejos sobre determinados temas preventivos de esta índole aumentaron significativamente en comparación con el estudio realizado en 1994. Estos temas que ofrecieron resultados positivos fueron la colocación de una nota visible con el número telefónico de un centro de toxicología en los hogares con niños < 6 años y el uso de casco para montar en bicicleta en los niños de 5 a 14 años.

**Conclusiones.** Aunque la prevalencia de los consejos pediátricos para prevenir los traumatismos sigue siendo baja, su adopción mejoró las conductas. Ello sugiere la importancia de dichos consejos e indica la necesidad de que los proveedores de asistencia sanitaria los incrementen en su labor clínica diaria. *Pediatrics*. 2007;119:e958-e965.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1605](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1605)

**RESUMEN. Creencias sobre la masculinidad, comunicación parental y utilización de la asistencia sanitaria por parte de los adolescentes varones.** Arik V. Marcell, MD, MPH, Carol A. Ford, MD, Joseph H. Pleck, PhD, y Freya L. Sonenstein, PhD.

**Resultados.** En la segunda encuesta, por término medio, se había practicado una exploración física en el transcurso del año anterior a 1.067 (66%) de 1.677 adolescentes varones. Los factores asociados con una menor probabilidad de haber sido sometidos a dicha exploración fueron: vivir en las regiones del sur, medio oeste u oeste; tener mayor edad y mantener las creencias más tradicionalmente masculinas. En cambio, los factores relacionados con una mayor probabilidad de haber sido explorados fueron: haber mantenido comunicación con ambos progenitores sobre temas de sa-

lud reproductiva y poseer un seguro de enfermedad. En los adolescentes varones sexualmente activos o involucrados en ≥ 2 de otras conductas de riesgo, las probabilidades de que se les hubiera practicado la mencionada exploración no eran mayores ni menores que en los demás.

**Conclusiones.** Entre las iniciativas destinadas a mejorar el estado de salud de los adolescentes varones mediante la asistencia sanitaria hay que incluir las siguientes: modificar los estereotipos de la masculinidad; mejorar la comunicación materna y paterna con sus hijos; incrementar la cobertura sanitaria, e identificar las intervenciones destinadas a poner en contacto con el médico a los adolescentes varones con mayor riesgo de presentar problemas del estado de salud. *Pediatrics*. 2007;119:e966-e975.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1683](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1683)

**RESUMEN. Asociación entre las cardiopatías congénitas y el peso bajo para la edad de gestación.** Sadia Malik, MD, MPH, Mario A. Cleves, PhD, Weizhi Zhao, MS, Adolfo Correa, MD, MPH, PhD, y Charlotte A. Hobbs, MD, PhD, y el National Birth Defects Prevention Study.

**Resultados.** Se incluyó en el estudio a niños nacidos vivos en parto único, con cardiopatías congénitas (casos, n = 3.395) o sin ellas (controles, n = 3.924). Los casos presentaron unos pesos al nacer inferiores a los controles. Se observó un peso bajo para la edad de gestación en el 15,2% de los casos y sólo en el 7,8% de los controles. Los recién nacidos con cardiopatías congénitas tuvieron unas probabilidades significativamente mayores de presentar un peso bajo para la edad de gestación, en comparación con los recién nacidos de control.

**Conclusiones.** Las probabilidades de que los lactantes con cardiopatías congénitas tengan un peso bajo para la edad de gestación son aproximadamente el doble que en los lactantes de control. El peso bajo para la edad gestacional puede influir en las decisiones clínicas que se adopten, así como en la respuesta terapéutica y en el pronóstico de los lactantes con cardiopatías congénitas. Aunque se desconocen las causas del retraso de crecimiento en estos recién nacidos, es posible que en estudios ulteriores se descubra una patogenia común o una relación causal entre las cardiopatías congénitas y el peso bajo para la edad de gestación. *Pediatrics*. 2007;119:e976-e982.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2742](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2742)

**RESUMEN. ¿Una nueva variante fenotípica de la restricción del crecimiento intrauterino?** Claudio de Felice, MD, Rossana Tassi, MD, Bruno de Capua, MD, Francis Jaubert, MD, PhD, Mattia Gentile, MD, Lorenzo Quartulli, MD, Gabriele Tonni, MD, PhD, Daniele Costantini, Mirella Strambi, MD, y Giuseppe Latini, MD.

**Resultados.** Los niños con restricción del crecimiento intrauterino y una variación en la morfología normal de la oreja (n = 27) presentaron un predominio significativo del sexo femenino, una menor proporción de hipertensión/pre-eclampsia gravídica materna y un mayor perímetrocefálico, en comparación con los sujetos de control con restricción del crecimiento intrauterino pero sin dicha variación morfológica auricular. Las madres de los niños con peso bajo para la edad de gestación y variante auricular presentaron unos parámetros de geometría auricular significativamente diferentes a los hallados en las madres de control. Se

observó un mayor porcentaje de falta de funcionalismo bilateral de las arterias comunicantes posteriores del polígono de Willis en los niños con variante fenotípica y restricción del crecimiento intrauterino y en sus madres, en comparación con los grupos de control. Además, en los niños con variante morfológica se halló una mayor proporción de hipermovilidad articular y suavidad de la piel, en comparación con los niños de control. Los niños con la variante fenotípica y restricción del crecimiento intrauterino y sus madres presentaron unas muescas bilaterales en los productos de distorsión de las emisiones otoacústicas evocadas, frente a ninguna en los sujetos de control, así como una disminución asociada del área bajo la curva en los sujetos con variante y sus madres. No se hallaron diferencias significativas en los padres de los grupos con variante y de control.

**Conclusiones.** Nuestra hipótesis es que la constelación fenotípica observada puede representar una variante no reconocida de la restricción del crecimiento intrauterino. *Pediatrics*. 2007;119:e983-e990.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2523](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2523)

**RESUMEN.** ¿Los centros de detención judicial para los jóvenes cumplen los requisitos de la American Academy of Pediatrics y la National Commission on Correctional Health Care? Un análisis nacional de las prácticas actuales. Catherine A. Gallagher, PhD, y Adam Dobrin, PhD.

**Resultados.** Los centros de detención juvenil reúnen algunos de los criterios mínimos. La mayoría de los servicios pueden lograrse en cierta medida; sin embargo, tienden a proporcionarse de un modo específico para algunas partes de la población, en vez de hacerlo sistemáticamente para todos. Las probabilidades de que los centros de detención proporcionen un mayor nivel de servicios tienden a ser superiores en aquellos centros cuyos promedios de estancia son más prolongados, su tamaño es mayor y su titularidad es estatal. Existen también diferencias geográficas y raciales en la calidad y la amplitud de los servicios sanitarios prestados.

cas y raciales en la calidad y la amplitud de los servicios sanitarios prestados.

**Conclusiones.** Los centros de detención juvenil han recibido una serie única de normas para un sistema diverso con unas tremendas variaciones entre ellos y dentro de cada centro. Los centros de detención son sólo un tipo especializado. Muy pocos de ellos alcanzan un estándar asistencial mínimo, lo cual sugiere sencillamente que no se satisfacen las normas (lo que explica los bajos niveles de autorización). Los hallazgos de este estudio cuestionan si los centros de detención con déficit en su infraestructura sanitaria pueden beneficiarse de las normas de la National Commission on Correctional Health Care del modo en que están organizados en la actualidad, independientemente de si la autorización es el objetivo final. *Pediatrics*. 2007;119:e991-e1001.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0959](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0959)

**RESUMEN.** *Mycoplasma pneumoniae* y síndrome de Stevens-Johnson atípico: una serie de casos. Karen A. Ravin, MD, Lara D. Rappaport, MD, MPH, Noel S. Zuckerman, MD, Robert M. Wadowsky, ScD, Ellen R. Wald, MD, y Marian M. Michaels, MD, MPH.

*Mycoplasma pneumoniae* es una causa frecuente de patología respiratoria extrahospitalaria en la población adolescente. El síndrome de Stevens-Johnson es una manifestación extrapulmonar que se ha asociado con infecciones por *M. pneumoniae*. Tres adolescentes varones se presentaron en un período de 1 mes con enfermedad respiratoria por *M. pneumoniae* y mucositis intensa, aunque sin el exantema típico del síndrome de Stevens-Johnson. El diagnóstico se realizó por reacción en cadena de la polimerasa. Esta serie de casos ilustra sobre la posibilidad de que ocurra un síndrome de Stevens-Johnson asociado a *M. pneumoniae* sin que aparezca el exantema, y apoya el uso de la reacción en cadena de la polimerasa para su diagnóstico precoz. *Pediatrics*. 2007;119:e1002-e1005.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2401](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2401)