

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-Wide Web). El lugar se halla localizado en <http://www.pediatrics.org>, en el World Wide Web.

Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- | | |
|---|--|
| <p>e1 El coste de contener un caso de sarampión: impacto económico sobre la infraestructura de la salud pública. Iowa, 2004. <i>Gustavo H. Dayan, Ismael R. Ortega-Sánchez, Charles W. LeBaron, M. Patricia Quinlisk, y el Iowa Meales Response Team</i></p> <p>e5 Sospecha razonable: un estudio de los pediatras de Pennsylvania con respecto al abuso infantil. <i>Benjamín H. Levi y Georgia Brown</i></p> <p>e13 Factores de riesgo asociados con la muerte súbita e inexplicada del lactante: un estudio prospectivo de las prácticas de cuidados del niño en Kentucky. <i>Lisa B.E. Shields, Donna M. Hunsaker, Susan Muldoon, Tracey Corey y Betty Spivack</i></p> <p>e21 Las concentraciones estándar del fármaco y la tecnología de la bomba inteligente reducen los errores en la perfusión continua de medicación en los pacientes pediátricos. <i>Gitte Y. Larsen, Howard B. Parker, phd, Jared Cash, Mary O'Connel, y Mary Jo C. Grant</i></p> <p>e26 Incidencia de reacciones mucocutáneas en niños tratados con ácido niflumíco, otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos no opioides. <i>Miriam Sturkenboom, Alfredo Nicolosi, Luigi Cantarutti, Salvatore Mannino, Gino Picelli, Antonio Scamarcia y Carlo Giaquinto</i></p> <p>e34 Efectos de las expansiones del State Children's Health Insurance Program en los niños con alteraciones crónicas de la salud. <i>Amy Davidoff, Genevieve Kenney y Lisa Dubai</i></p> <p>e43 Evolución de los recién nacidos con un peso de nacimiento extremadamente bajo con reacción leucemoide. <i>Robert Hsiao y Said A. Omar</i></p> <p>e52 Los niños con una talla baja idiopática son malos comedores y presentan un índice de masa corporal disminuido. <i>Stefan A. Wudy, Sandra Hagemann, Astrid Dempfle, Gundula Ringler, Werner F. Blum, Lars D. Berthold, Gerhard Alzen, Ludwig Gortner y Johannes Hebebrand</i></p> <p>e58 Capacidad aeróbica, vigor, flexibilidad y nivel de actividad en niños no mermados con un peso de nacimiento extremadamente bajo (≤ 800 g) supervivientes a los 17 años de edad en comparación con controles nacidos a término. <i>Marilyn Rogers, Taryn B. Fay, Michael F. Whitfield, Ruth E. Grunau y Jill Tomlinson</i></p> <p>e66 La obesidad en lugar de la gravedad de la respiración alterada durante el sueño es el mayor determinante de la resistencia a la insulina y de la alteración de la lipemia en los niños roncadores. <i>Riva Tauman, Louise M. O'Brien, Anna Ivanenko y David Gozal</i></p> | <p>e74 Efectos de la atomoxetina sobre el crecimiento después de dos años de tratamiento en pacientes pediátricos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. <i>Thomas J. Spencer, Jeffrey H. Newcorn, Christopher J. Kratochvil, Dustin Ruff, David Michelson y Joseph Biederman</i></p> <p>e81 Evaluación olfatoria en los niños, aplicación al síndrome CHARGE. <i>Christel Chalouhi, Patrick Faulcon, Christine Le Bihan, Lucie Hertz-Pannier, Pierre Bonfils y Véronique Abadie</i></p> <p>e89 Dilatación de la arteria coronaria en pacientes que presentan una artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico. <i>Bryce A. Binstadt, Jami C. Levine, Peter A. Nigrovic, Kimberlee Gauvreau, Fatma Dedeoglu, Robert C. FuhrBrigge, Steven N. Weindling, June W. Nerburger y Robert P. Sundel</i></p> <p>e94 Factores asociados a la disponibilidad favorable de los padres a hacer cambios en los niños con sobrepeso. <i>Kyung E. Rhee, Cynthia W. De Lago, Tonya Arscott-Mills, Supriya D. Mehta y Renee' Krysko Davis</i></p> <p>e102 Mejoría de la densidad mineral ósea y de la composición corporal en supervivientes de una leucemia linfoblástica aguda infantil: un estudio prospectivo de un año. <i>Daniela Marinovic, Sophie Dorgeret, Brigitte Lescoeur, Corinne Alberti, Michèle Noel, Paul Cernichow, Guy Sebag, Etienne Vilmer y Julianne Léger</i></p> <p>e109 Golpe de calor a partir de vehículos cerrados: temperaturas ambientales moderadas causan importantes aumentos de temperatura en vehículos cerrados. <i>Catherine McLaren, Jan Null y James Quinn</i></p> <p>e113 Fumar con pipa turca (<i>narguilé</i>): una conducta emergente de riesgo para la salud. <i>Barry Knishkowy y Yona Amitai</i></p> <p>e120 Los datos del US Department of Education sobre autismo no son fiables para el rastreo de su prevalencia. <i>James R. Laidler</i></p> <p>e125 Cribado e intervenciones para el sobrepeso infantil: un resumen de las pruebas para la US Preventive Services Task Force. <i>Evelyn P. Whitlock, Selvi B. Williams, Rachel Gold, Paula R. Smith y Scott A. Shipman</i></p> <p>e145 Hiperinsulinismo provocado que lleva a una pancréatectomía: formas graves del síndrome de Münchausen por poderes. <i>Irina Giurgea, Tim Ulinski, Guy Touati, Christine Sempoux, Fanny Mochel, Francis Brunelle, Jean-Marie Saudubray, Claire Fekete y Pascale de Lonlay</i></p> <p>e149 "Celulitis" ampollosa con eosinofilia: observación clínica y revisión del síndrome de Wells en la infancia. <i>Amy E. William, Anna L. Bruckner, Renée M. Howard, Brian P. Lee, Susan Wu y Ilona J. Frieden</i></p> <p>e156 Disponibilidad de pediatras: estado actual y perspectivas futuras. <i>David C. Goodman y Committee on Pediatric Workforce</i></p> |
|---|--|

RESUMEN. El coste de contener un caso de sarampión: impacto económico sobre la infraestructura de la salud pública. Iowa, 2004. Gustavo H. Dayan, MD, Ismael R. Ortega-Sánchez, PhD, Charles W. LeBaron, MD, M. Patricia Quinlisk, MD, y el Iowa Meales Response Team. *Antecedentes.* En febrero de 2004, estudiantes de una universidad de Iowa, con una elevada proporción de exoneraciones no médicas a la vacunación, viajaron a India, donde una cuarta parte de éstos contrajeron el sarampión. Un estudiante susceptible expuesto a la enfermedad volvió a su casa durante su período infeccioso, por lo que se precisaron 2 meses de esfuerzos de contención en Iowa.

Objetivo. El objetivo del presente estudio consistió en calcular los costes directos de la contención del sarampión desde la perspectiva del sistema de salud pública.

Métodos. Se valoraron las actividades realizadas, el tiempo del personal y los materiales precisados, y los costes directos, en dólares de 2004, contraídos por la infraestructura del sistema de salud pública de Iowa. El período del estudio se definió desde el 5 de marzo de 2004, momento en que el Iowa Department of Public Health tuvo su primer contacto con el caso, hasta el 12 de mayo de 2004, cuando tuvo lugar una reunión final sobre el esfuerzo de contención.

Resultados. Se precisaron 2.525 h para revisar la lista de pasajeros del vuelo, el contacto con los pasajeros expuestos, el establecimiento de las consultas de vacunación, el rastreo de más de 1.000 contactos potencialmente expuestos y la institución y el control de las órdenes de cuarentena para los que rehusaron la vacunación. Se recibieron 2.025 llamadas telefónicas del público y el personal de plantilla viajó 2.243 km en desplazamientos con automóvil. La distribución temporal del personal se caracterizó por notables picos en el momento del informe de potenciales casos secundarios. El coste total estimado fue de 142.452 dólares.

Conclusiones. El coste directo para la infraestructura de salud pública de contener un caso de sarampión fue mucho más elevado que el estimado de la enfermedad individual no complicada (< 100 dólares). El análisis económico de las enfermedades prevenibles mediante vacunas debe precisar ir más allá de los costes de la enfermedad individual para tener en cuenta los costes de la protección de la sociedad. *Pediatrics* 2005;116:e1-e4.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2512

RESUMEN. Sospecha razonable: un estudio de los pediatras de Pennsylvania con respecto al abuso infantil. Benjamín H. Levi, MD, PhD, y Georgia Brown, RN, BSN. *Objetivo.* Desde hace tiempo se ha asumido que las normas sobre el informe obligatorio de los maltratos infantiles son autoexplicatorios y que existe un amplio consenso sobre el significado y la adecuada aplicación de la sospecha razonable. No obstante, no existe ninguna investigación sistemática en que se haya examinado cómo interpretan y aplican los comunicadores obligados el concepto de sospecha razonable. El propósito del presente estudio consistió en identificar el conocimiento y la interpretación de la sospecha razonable por parte de los pediatras de Pennsylvania, en el contexto de la comunicación obligatoria de la sospecha de maltratos infantiles.

Metodología. Se remitió una encuesta anónima (primavera de 2004) a todos los miembros del capítulo de Pennsylvania de la American Academy of Pediatrics (n =

2.051). Los participantes recibieron varios esquemas operativos para exponer sus conocimientos del concepto de sospecha razonable, 2 de los cuales se comunican en el presente artículo. Se solicitó a los que respondieron que imaginaran que habían examinado a un niño por una lesión que podía deberse a maltratos y que habían obtenido tanta información como consideraran que fuera posible. Entonces se les solicitó que cuantificaran (de 2 maneras diferentes) el grado de probabilidad necesario para que la sospecha de maltratos se elevara al grado de la sospecha razonable. El esquema del diagnóstico diferencial solicitó a los médicos que identificaran, en una lista de orden de rango, cuan elevado debería haber sido el "abuso" para que alcanzara el grado de sospecha razonable (es decir, primero de la lista, segundo, tercero, y así hacia abajo hasta el décimo). El segundo esquema, probabilidad estimada, utilizó una escala visual analógica de 0 a 100% para solicitar a los médicos cómo debería haber sido la probabilidad sospechada de maltratos para que se considerara sospecha razonable. Es decir, ¿se debería considerar que existía una probabilidad de un 99% de que existieran maltratos antes de que se considerara que había una sospecha razonable? o ¿una probabilidad de un 1%? o ¿cuálquiera intermedia? Además de las características demográficas estándar, a los que respondieron su grado de formación en maltratos infantiles se solicitó su formación en sospecha razonable, su frecuencia en la comunicación de maltratos infantiles y su experiencia (autocomunicada) con respecto a los maltratos infantiles. Las principales medidas del resultado fueron las respuestas de los médicos en las 2 escalas para la interpretación de la sospecha razonable.

Resultados. Un total de 1.249 pediatras cumplimentaron la encuesta (tasa de respuesta de un 61%). Su edad media fue de 43 años; el 55% eran mujeres y el 78%, de raza blanca. El 76% eran certificados por el consejo de formación y el 65% comunicaron que trabajaban en la asistencia primaria. No se observaron diferencias notables en las respuestas en relación con la edad, el sexo, la experiencia con los maltratos infantiles y la frecuencia en la comunicación de maltratos o el tipo de práctica. Las respuestas de los residentes de pediatría fueron indiferenciables de las de los médicos experimentados y las respuestas de los pediatras de asistencia primaria no fueron diferentes de las de los subespecialistas. Se observó una amplia variación en los umbrales que establecieron los pediatras para lo que constitúa la sospecha razonable. Con respecto a la escala de diagnóstico diferencial, el 12% de los pediatras respondió que los maltratos deberían tener un primer o segundo rango en la escala de diagnóstico diferencial antes de que se levantara la posibilidad de que alcanzaran el nivel de sospecha razonable; el 41%, un rango tercero o cuarto, y el 47% comunicó que cualquier rango desde el quinto al décimo seguía siendo de sospecha razonable. Con respecto a la escala de probabilidad estimada, el 35% de los pediatras respondió que para que existiera una sospecha razonable la probabilidad necesaria de maltratos debía ser de un 10 a un 35%. En contraste, el 25% de los que respondieron identificó una probabilidad de un 40 a un 50%; otro 25% estipuló una probabilidad de un 60 a un 70%, y un 15% requirió una probabilidad $\geq 75\%$. Al comparar las respuestas individuales en las 2 escalas (es decir, comparaciones emparejadas entre el rango de la escala diagnóstico diferencial y la puntuación de la probabilidad estimada de cada pediatra), se observó que el 85% de las mismas eran internamente in-

consistentes. Para ser lógicamente consistente, cualquier puntuación $\geq 50\%$ en la escala de probabilidad estimada debería corresponder a un rango en la escala de diagnóstico diferencial de 1; una puntuación de la probabilidad estimada $\geq 34\%$ debería corresponder a un rango en la escala de diagnóstico diferencial no inferior a 2 y una puntuación de la probabilidad estimada $\geq 25\%$ debería corresponder a un rango de diagnóstico diferencial no inferior a 3 y así sucesivamente. No obstante, lo que se observó fue que los pediatras habitualmente indicaron que la sospecha razonable precisaba una probabilidad de un 50 a un 60% de que existieran maltratos, pero al mismo tiempo respondieron que los maltratos podían tener un rango tan bajo como de 4 o 5 en la escala de diagnóstico diferencial y aún considerar que había una sospecha razonable.

Conclusión. En la mayoría de los estados se utiliza el término *sospecha* en sus pautas para el informe obligado de los maltratos y, de acuerdo con los expertos en leyes, la “sospecha razonable” representa una generalización adecuada de la mayoría de los umbrales de comunicación obligada. Los presentes datos ponen de manifiesto la presencia de una importante variabilidad en cómo interpretan los pediatras la sospecha razonable, con un margen de respuestas tan amplio para cuestionar la asunción de que el umbral para el informe obligado es entendido, interpretado o aplicado de una forma coherente y constante. Si la variabilidad observada en el presente estudio se demuestra que es generalizable, precisará que se reconsidera lo que la sociedad puede esperar de los informadores obligados y qué tipo de formación será necesaria para alcanzar estas expectativas.

Pediatrics 2005;116:e5-e12.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2649

RESUMEN. Factores de riesgo asociados con la muerte súbita e inexplicada del lactante: un estudio prospectivo de las prácticas de cuidados del niño en Kentucky. Lisa B.E. Shields, MD, Donna M. Hunsaker, MD, Susan Muldown, PhD, Tracey Corey, MD, y Betty Spivack, MD. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de las prácticas de cuidados del niño en una comunidad metropolitana de los Estados Unidos con atención a las pautas de alimentación y a los factores de riesgo modificables asociados a la muerte súbita e inexplicada del lactante (específicamente, con la posición en decúbito prono para dormir, compartir la cama con la madre y hábito de fumar de ésta).

Métodos. Se llevó a cabo una entrevista inicial cara a cara seguida por una encuesta telefónica en 189 mujeres que dieron a luz en un hospital de nivel primario de Kentucky entre el 14 de octubre y el 10 de noviembre de 2002 y cuyos hijos fueron ingresados en una unidad de recién nacidos sanos. La encuesta, formada por preguntas relacionadas con las prácticas de cuidados del niño, se dirigió a las mujeres al mes y a los 6 meses después del parto.

Resultados. Un total de 185 mujeres (93,9%) participaron en la encuesta al mes después del parto y 147 (75,1%) contribuyeron a la realizada a los 6 meses. La composición étnica/racial de las mujeres del estudio fue de un 56,1% de raza blanca, un 30,2% de afroamericanas y un 16,4% de bimaciales, asiáticas o hispanoamericanas. Más de la mitad de los niños (50,8%) compartieron la misma cama de sus madres al mes, con una llamativa disminución a un 17,7% a los 6 meses. Compartir la cama fue significativamente más frecuente entre las madres afroamericanas en compa-

ración con las de raza blanca tanto al mes (*odds ratio* ajustada [ORa] = 5,94; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,71-13,02) como a los 6 meses (ORa = 5,43; IC del 95%, 2,05-14,35). En comparación con las de otras razas, fue más probable que las madres de raza blanca colocaran a sus hijos sobre su espalda antes de dormir tanto al mes como a los 6 meses. En comparación con las madres de raza blanca, fue menos significativamente probable que las afroamericanas colocaran a sus hijos sobre su espalda a los 6 meses (ORa = 0,14; IC del 95%, 0,06-0,33). Un niño falleció por el síndrome de la muerte súbita del lactante a la edad de 3 meses y otro falleció de forma repentina e inesperada a la edad de 9 meses. Ambos niños compartían la cama, de forma específica, el primero con un adulto y el segundo con otros 2 niños.

Conclusiones. El hecho de compartir la cama y dormir en posición de decúbito prono fue más frecuente entre los afroamericanos. La lactancia materna fue infrecuente en todas las razas. El presente estudio prospectivo ofrece, de forma adicional, una única perspectiva dentro de los factores de riesgo asociados con el síndrome de la muerte súbita del lactante y su muerte súbita e inexplicada asociada con el hecho de compartir la cama al examinar las respuestas a las preguntas de la encuesta de las 2 madres antes de la muerte de sus hijos en combinación con un completo examen necrópsico, un análisis del escenario de la muerte y una investigación histórica. *Pediatrics* 2005;116:e13-e20.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2333

RESUMEN. Las concentraciones estándar del fármaco y la tecnología de la bomba inteligente reducen los errores en la perfusión continua de medicación en los pacientes pediátricos. Gitte Y. Larsen, MD, MPH, Howard B. Parker, PhD, Jared Cash, Pharm D, Mary O'Connell, RN, BSN, y Mary Jo C. Grant, PNP, PhD. **Objetivo.** Determinar si la combinación de las concentraciones estándar del fármaco con la tecnología de la “bomba inteligente” reduce los errores comunicados en la perfusión de la medicación.

Diseño. Comparación de los errores de medicación comunicados relacionados con las perfusiones terapéuticas antes y después de la intervención, durante los años 2002 y 2003.

Marco. Un hospital pediátrico de nivel terciario de 242 camas afiliado a la universidad.

Intervención. Cambio en el proceso de la perfusión continua de medicación incluyendo la adopción de: a) concentraciones estándar del fármaco; b) bombas con jeringa “inteligente”, y c) etiquetas de medicación de diseño humano.

Principales medidas del resultado. Comparación de los errores comunicados en la perfusión continua de medicación antes y después de la intervención.

Resultados. El número de errores comunicados disminuyó en un 73% para una reducción del riesgo absoluto de 3,1 a un 0,8 por 1.000 dosis. Los errores de preparación producidos en la farmacia disminuyeron de un 0,66 a un 0,16 por 1.000 dosis; el número de errores en 10 veces en la dosificación disminuyó de un 0,41 a un 0,08 por 1.000 dosis.

Conclusión. La utilización de concentraciones estándar del fármaco, bombas con jeringa “inteligente” y etiquetas familiarizadas para el usuario reduce los errores comunicados asociados con las perfusiones continuas de medicación. Las concentraciones estándar del fármaco pueden ser esco-

gidas para permitir que la mayor parte de los recién nacidos reciban la medicación necesaria sin las preocupaciones relacionadas con el exceso en la administración de líquidos. *Pediatrics* 2005;116:e21-e5.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2452

RESUMEN. Incidencia de reacciones mucocutáneas en niños tratados con ácido niflúmico, otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos no opioides. Miriam Sturkenboom, PhD, Alfredo Nicolosi, PhD, Luigi Cantarutti, MD, Salvatore Mannino, MD, Gino Picelli, Antonio Scamarcia y Carlo Giaquinto, MD, en representación del NSAIDs Paediatric Research Group. *Antecedentes y objetivo.* Los resultados de un estudio con un número relativamente pequeño de casos y controles demostraron, recientemente, que el ácido niflúmico aumenta el riesgo de reacciones mucocutáneas graves en los niños. Como consecuencia de ello, el Ministerio Italiano de la Salud remitió una carta en junio de 2001 para alertar a los pediatras sobre los efectos adversos alegados. El objetivo del presente estudio consistió en calcular y comparar la incidencia de reacciones mucocutáneas discretas y graves en los niños que recibieron ácido niflúmico, otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o analgésicos no opioides.

Diseño. Estudio retrospectivo de una cohorte.

Marco. Italia es uno de los pocos países en que un sistema específico de asistencia primaria está dedicado a los niños de hasta 14 años de edad. En el momento del nacimiento todos los niños son registrados y reciben asistencia médica gratuita por parte de 1 de los aproximadamente 6.000 pediatras de familia que trabajan para el Servicio de Salud Nacional. El presente estudio se llevó a cabo con la red Pedianet de los pediatras de familia italianos que utilizan registros electrónicos computarizados del paciente para la asistencia rutinaria. Participaron en el estudio 185 pediatras. Los registros del paciente incluyen datos demográficos, diagnósticos, síntomas, prescripciones, remisiones a otros servicios, exámenes de laboratorio y hospitalizaciones.

Participantes. Niños de 0 a 14 años de edad que estaban registrados a 1 de los pediatras colaboradores entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de mayo del 2001.

Principales medidas del resultado. Durante el empleo de ácido niflúmico, otros AINE o analgésicos no opioides, se calculó la tasa de incidencia de reacciones mucocutáneas graves (hospitalización o remisión al especialista) y leves (exantema, prurito diseminado o localizado, urticaria, angioedema, eritema fijo, dermatitis, eritema multiforme, vesículas, ampollas, pústulas, necrólisis epidérmica tóxica, púrpura y vasculitis). Para cada episodio de utilización del fármaco se determinaron las siguientes covariables: edad, sexo, región, año, indicación para el fármaco estudiado, empleo de antibióticos, antimicóticos, glucocorticoides y otros AINE. Se utilizó el análisis de regresión de variables múltiples de Poisson para calcular el riesgo relativo ajustado de alteraciones mucocutáneas durante el uso de ácido niflúmico en comparación con el empleo de otros AINE o de sólo paracetamol.

Resultados. La población estudiada incluyó a 193.727 niños de los que 45.351 recibieron, por lo menos, uno de los fármacos del estudio. Los fármacos más frecuentemente prescritos fueron el ácido niflúmico, el paracetamol y los derivados del ácido propiónico (ketoprofeno y flurbiprofeno).

no). En comparación con los que recibieron otros AINE, los tratados con ácido niflúmico ($n = 32.150$) fueron más jóvenes y discretamente más a menudo presentaron una otitis media o infecciones del tracto respiratorio superior como indicación del tratamiento. Durante el empleo de los diversos fármacos del estudio, se identificaron 1.451 reacciones mucocutáneas leves y 42 graves. Las tasas de incidencia de las reacciones mucocutáneas graves y leves después de la administración de cualquier fármaco del estudio fueron de 10,3 por 100.000 exposiciones persona-días y de 3,7 por 1.000 exposiciones persona-días, respectivamente. Ambas tasas de incidencia disminuyeron de forma llamativa con el aumento de la edad. En comparación con otros AINE, los riesgos relativos ajustados del ácido niflúmico para las reacciones mucocutáneas graves fueron de 0,5 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,23-12,7) y de 0,9 (IC del 95%, 0,79-1,11) para las leves. El uso del paracetamol como categoría de referencia en lugar de otros AINE, la restricción de los niños a los que recibieron otros AINE para infecciones del tracto respiratorio o la restricción a los que no recibieron antibióticos, nunca reveló un riesgo incrementado de reacciones mucocutáneas graves o leves durante el empleo del ácido niflúmico.

Conclusión. En comparación con otros AINE o con el paracetamol, el ácido niflúmico no se halla asociado a un riesgo incrementado de reacciones mucocutáneas graves o leves en los niños. Ello fue cierto para los diferentes grupos de edad y diversos tipos de reacciones mucocutáneas, fue independiente del empleo concomitante de antibióticos y no fue sensible a los cambios en nuestras hipótesis con respecto a la exposición y resultados. *Pediatrics* 2005;116:e26-e33.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0040

RESUMEN. Efectos de las expansiones del State Children's Health Insurance Program en los niños con alteraciones crónicas de la salud. Amy Davidoff, PhD, Genevieve Kenney, PhD, y Lisa Dubai, SCM. *Objetivo.* Determinar los efectos de las expansiones del State Children's Health Insurance Program (SCHIP) sobre la cobertura del seguro, el uso de los servicios sanitarios y el acceso a los cuidados por los niños con alteraciones crónicas de la salud.

Métodos. La fuente principal de los datos fue la National Health Interview Survey (NHIS). Los niños con alteraciones crónicas de la salud fueron identificados principalmente a través de los diagnósticos comunicados de alteraciones crónicas comunes (p. ej., asma, trastorno de déficit de la atención, retraso mental, síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular, drepanocitosis, diabetes, artritis y cardiopatías) y por la presencia de limitaciones de la actividad causadas por un problema de salud con una duración de, por lo menos, 12 meses. Se examinaron los cambios en un amplio conjunto de evoluciones para los niños con alteraciones crónicas de la salud que ganaron elegibilidad bajo el SCHIP o que ya eran elegibles para cobertura por Medicaid, comparando los períodos anterior y posterior a la puesta en marcha del programa. Los cambios para estos grupos de tratamiento fueron comparados con los niños con ingresos económicos discretamente más elevados, que no se vieron afectados por las expansiones de la elegibilidad. Las comparaciones se realizaron con ajuste al niño, la familia y otras características que podrían tener efectos independientes sobre los resultados de interés. Los resultados

incluyeron la cobertura del seguro sanitario, el uso de servicios generales y especializados, el acceso a la asistencia y los gastos perdidos de la asistencia sanitaria. Se llevaron a cabo análisis selectivos para los niños no identificados de tener alteraciones crónicas de la salud.

Resultados. Las expansiones del SCHIP dieron lugar a un aumento de 9,8 puntos en el porcentaje de niños con alteraciones crónicas que comunicaron disponer de un seguro público y a una disminución de 6,4 puntos en el porcentaje de niños no asegurados. El porcentaje de la necesidad no cubierta para la asistencia sanitaria disminuyó en 8 puntos, con la mayor parte de esta disminución debida a la asistencia dental. Se observaron aumentos en especialistas, cuidados oculares y visitas dentales, y disminuciones en los gastos perdidos y en las vistas a los servicios de urgencias y de salud mental, pero ello no alcanzó patrones de significación estadística. Las reducciones estimadas en las necesidades no cubiertas fueron mayores para los niños con alteraciones crónicas que para los otros niños.

Conclusiones. Las recientes expansiones en la elegibilidad de los contratos de seguro públicos, bajo el SCHIP, han mejorado la cobertura de las necesidades de los niños con alteraciones crónicas, con mejorías seleccionadas en el acceso a la asistencia. No obstante, algunos niños elegibles con alteraciones crónicas siguen sin estar asegurados y fueron limitados los impactos sobre el acceso a la asistencia y el uso de servicios. Los progresos posteriores deben precisar una atención dirigida a los niños con alteraciones crónicas y mejoras en los sistemas de aporte de servicios por Medicaid y el SCHIP. Dado el actual ambiente fiscal y que los niños con alteraciones crónicas no han sido generalmente protegidos de reducciones, el reciente progreso comprobado en el presente estudio puede ser invertido. *Pediatrics* 2005;116:e34-e42.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2297

RESUMEN. Evolución de los recién nacidos con un peso de nacimiento extremadamente bajo con reacción leucemoide. Robert Hsiao, MD, y Said A. Omar, MD. **Antecedentes.** La reacción leucemoide (RL) viene definida por un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) superior a $30 \times 10^3/\mu\text{l}$. Ningún estudio previo ha examinado de forma sistemática la importancia clínica y pronóstica de este fenómeno en los recién nacidos con un peso de nacimiento extremadamente bajo.

Objetivo. El propósito del presente estudio consistió en examinar el efecto de la reacción leucemoide sobre la morbilidad, la mortalidad y la evolución a largo plazo en los recién nacidos con un peso de nacimiento extremadamente bajo (PNEB).

Método. Se incluyó en el estudio a 152 recién nacidos con una edad gestacional ≤ 30 semanas y un peso de nacimiento ≤ 1.000 g. Se revisaron las historias clínicas para obtener datos de las características clínicas y de la evolución a largo plazo del desarrollo de estos niños. Se registró, de forma seriada, el hemograma completo (HC) y el RAN al primer día de vida, y posteriormente cada semana hasta el momento del alta. La reacción leucemoide se definió por un RAN $> 30 \times 10^3/\mu\text{l}$.

Resultados. Se detectó una RL en el 17% de los recién nacidos estudiados (26 de 152). El RAN aumentó durante la hospitalización posterior al nacimiento tanto en los niños con RL ($n = 26$) como en los que no la presentaron ($n =$

126), alcanzó su pico en la segunda semana de vida (43 ± 3 frente a $14 \pm 1 \times 10^3/\mu\text{l}$) y permaneció significativamente más elevado en los niños con RL durante las primeras 5 semanas de vida. La RL apareció con más frecuencia durante las primeras 2 semanas de vida y tuvo una duración de 3 ± 1 días. No se observaron diferencias significativas entre los niños con RL y los que no la presentaron con respecto a la edad gestacional, el peso al nacimiento, la forma de parto, el sexo, las puntuaciones de Apgar o la incidencia del síndrome de distrés respiratorio, la persistencia del conducto arterioso, la enterocolitis necrosante, la hemorragia intraventricular y la retinopatía de la prematuridad. En comparación con los niños que no presentaron una RL, los que sí lo hicieron precisaron una duración significativamente más prolongada del soporte ventilatorio (36 ± 4 frente a 21 ± 2 días) y del requerimiento de oxígeno (58 ± 6 frente a 40 ± 3 días) y presentaron una incidencia más elevada de displasia broncopulmonar (el 54 frente al 25%). A mayor abundamiento, la duración de la hospitalización fue significativamente más prolongada en los niños con RL (69 ± 6 frente a 54 ± 3 días). No se observaron diferencias significativas entre los 2 grupos con respecto a la evolución del desarrollo a los 2 años de edad, incluyendo el lenguaje receptivo/expresivo, las habilidades motoras finas y gruesas, y la audición. La incidencia de una evolución anormal del desarrollo neurológico también fue similar entre los niños con y sin la presencia de una RL.

Conclusiones. La reacción leucemoide en los recién nacidos con un PNEB está asociada a una prolongada necesidad de apoyo ventilatorio y oxigenoterapia, una incidencia más elevada de displasia broncopulmonar y una tendencia a una más baja mortalidad. Los hallazgos del presente estudio sugieren que la reacción leucemoide está asociada a procesos que se sabe que comportan un exceso de citocinas proinflamatorias. Es necesario un posterior estudio prospectivo para conocer la correlación entre la reacción leucemoide, las citocinas proinflamatorias y el desarrollo de displasia broncopulmonar. *Pediatrics* 2005;116:e43-e51.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1379

RESUMEN. Los niños con una talla baja idiopática son malos comedores y presentan un índice de masa corporal disminuido. Stefan A. Wudy, Sandra Hagemann, MD, Astrid Dempfle, PhD, Gundula Ringler, MSC, Werner F. Blum, Lars D. Berthold, MD, Gerhard Alzen, Ludwig Gortner y Johannes Hebebrand. **Objetivo.** En los niños con una talla baja idiopática (TBI), son escasos los estudios que investigan el índice de masa corporal (IMC) o los parámetros de la regulación de la saciedad, y no existen estudios que analicen la conducta dietética.

Métodos. Se reclutó a 214 niños (123 casos índice y 91 hermanos) con una TBI pertenecientes a 123 familias. Los niños afectados debían tener un peso corporal inferior al percentil 5 o, en el caso de los hermanos, el peso corporal de un niño tenía que estar por debajo del percentil 5 y el del otro por debajo del percentil 15. Se registraron las historias clínicas utilizando entrevistas estructuradas y estandarizadas. La conducta dietética se valoró utilizando el *Child Eating Behavior Questionnaire* (CEBQ). El porcentaje del aporte de energía en forma de grasa se valoró utilizando el *Leeds Food Frequency Questionnaire*. Se determinaron en suero los marcadores endocrinos de la regulación del peso corporal (leptina, grelina).

Resultados. En comparación con las normas de la población, el IMC se halló significativamente más bajo (media \pm $-0,33$ desviaciones estándar). Por otra parte, se observó un grado de respuesta alimentaria disminuida (puntuación media del CEBQ de 1,9; media de la población = 2,4), un reducido placer para la comida (3,2 frente a 3,9), una disminución emocional del hábito de comer (2,6 frente a 3,0), un menor deseo de beber (2,0 frente a 2,8) y un incrementado remilgo para los alimentos (3,2 frente a 2,9). Cuando la muestra se subdividió en 2 grupos de “buenos” y “malos” comedores, según la valoración de las madres de la conducta dietética actual, se observó que la reducción del IMC, así como de las características conductuales ya delimitadas en la muestra total, todavía eran más compatibles en el subgrupo de “malos” comedores. En la muestra total de los niños, así como en ambos subgrupos, se observó un moderado incremento de la leptina sérica, ajustada por el sexo, del IMC y el estadio de Tanner, pero ello no difirió entre los “malos” y “buenos” comedores. La grelina sérica total no fue diferente entre los “malos” y “buenos” comedores.

Conclusiones. Los presentes hallazgos clínicos, conductuales y endocrinológicos en los pacientes con una TBI, son indicativos de una conducta alterada de la alimentación, lo que posiblemente contribuye a la talla baja. *Pediatrics* 2005;116:e52-e7.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1684

RESUMEN. Capacidad aeróbica, vigor, flexibilidad y nivel de actividad en niños no mermados con un peso de nacimiento extremadamente bajo (≤ 800 g) supervivientes a los 17 años de edad en comparación con controles nacidos a término. Marikyn Rogers, BSR, PT/OT, Taryn B. Fay, MSc, Michael F. Whitfield, MD, FRCPC, Ruth E. Grunau, PhD, y Jill Tomlinson, CCHRA(C). **Objetivo.** Comparar la capacidad aeróbica, vigor, flexibilidad y grado de actividad en adolescentes de 17 años de edad que presentaron un peso de nacimiento extremadamente bajo, con controles nacidos a término.

Métodos. Un total de 53 adolescentes que presentaron un peso de nacimiento extremadamente bajo (≤ 800 g) fueron valorados a la edad de 17,3 años (16,3-19,7); peso al nacimiento de 720 g (520-800), y gestación a las 26 semanas (23-29), y comparados con controles nacidos a término ($n = 31$) de una edad de 17,8 años (16,5-19,0); peso al nacimiento de 3.506 g (3.068-4.196); gestación a las 40 semanas (39-42). Tanto los adolescentes con un peso al nacimiento extremadamente bajo (PNEB) como los de control fueron valorados por un fisioterapeuta pediátrico, y los componentes completos de la *Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal* y un cuestionario autovalorado de aptitud física y actividad. Los datos continuos fueron analizados utilizando MANOVA (grupo y sexo) seguido por pruebas de la t de Student; los datos categóricos fueron analizados mediante la prueba de la χ^2 .

Resultados. Los adolescentes con un PNEB presentaron una capacidad aeróbica más baja, una menor fuerza de dominación, menos potencia de piernas y un menor salto vertical, pudieron hacer menos planchas en el ejercicio gimnástico, presentaron una menor fuerza abdominal al ser determinada por el movimiento de acurrucarse, y presentaron una menor flexibilidad de la columna vertebral baja y una mayor tensión del tendón de la corva. En comparación con los controles nacidos a término, los adolescentes con un PNEB comunicaron una previa y actual menor partici-

pación en deportes, un grado de actividad física más bajo y una coordinación más pobre. También se observó que tenían una mayor dificultad en el mantenimiento del ritmo y de la cadencia. Aunque los adolescentes con un PNEB se clasificaron a sí mismos como más bajos en todas las medidas de la actividad deportiva, se manifestaron tan felices con su grado de aptitud física como los controles.

Conclusiones. En comparación con los controles nacidos a término, se observaron diferencias significativas en el rendimiento motor en la fase tardía de la adolescencia en supervivientes no mermados que presentaron un PNEB, tal como quedó reflejado por la capacidad aeróbica, el vigor, la resistencia, la flexibilidad y el nivel de actividad. Se llegó a la conclusión de que estas diferencias en la aptitud y la actividad física están relacionadas con la interacción de los efectos del nacimiento prematuro sobre el sistema motor junto a un estilo de vida más inactivo. Estos hallazgos tienen potenciales implicaciones para los problemas de salud en la vida adulta. *Pediatrics* 2005;116:e58-e65.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1603

RESUMEN. La obesidad en lugar de la gravedad de la respiración alterada durante el sueño es el mayor determinante de la resistencia a la insulina y de la alteración de la lipemia en los niños roncadores. Riva Tauman, MD, Louise M. O'Brien, PhD, Anna Ivanenko, MD, PhD, y David Gozal, MD. **Introducción.** La respiración alterada durante el sueño (RAS) está asociada con la resistencia a la insulina y la dislipemia en los adultos y niños obesos. Sin embargo, no se conoce la prevalencia de estas anomalías metabólicas en los niños roncadores. El presente estudio se llevó a cabo para valorar de forma prospectiva la contribución relativa de la RAS y de la obesidad a las alteraciones metabólicas en una gran cohorte de niños roncadores.

Métodos. Se determinaron las concentraciones en ayunas de la glucosa sérica, insulina y lípidos después de una evaluación polisomnográfica en 116 niños roncadores y en 19 controles. La resistencia a la insulina se estableció utilizando el cociente insulina/glucosa (cociente I/G) y el modelo de valoración de la homeostasis (HOMA).

Resultados. Se estudiaron 135 niños (79 varones; edad media $8,9 \pm 3,5$ años). Un total de 64 niños presentaron una RAS de moderada a grave (índice de apnea hipopnea [IAH] = 5 por hora de tiempo total de sueño [TTS]), 52 presentaron una RAS leve (IAH = 1 pero < 5 por hora de TTS) y 19 fueron controles (IAH = < 1 por hora de TTS). Setenta de estos niños eran obesos. No se observaron correlaciones significativas entre el IAH, la saturación de oxígeno arterial más baja o el índice de vigilia y la insulina sérica, la glucosa sérica, el cociente I/G, el HOMA o los lípidos séricos para el grupo total o sólo los niños obesos. No obstante, se observaron correlaciones positivas significativas entre el cociente I/G y el índice de masa corporal relativo (IMCrel) ($r = 0,58$), el HOMA y el IMCrel ($r = 0,52$), los triglicéridos y el IMCrel ($r = 0,30$), así como las lipoproteínas de alta densidad y el IMCrel ($r = 0,50$). No se observaron diferencias significativas en el IMCrel, el cociente I/G y los lípidos entre los varones y las mujeres.

Conclusiones. Entre los niños con sospecha de una RAS, la resistencia a la insulina y la dislipemia parecen hallarse principalmente determinadas por el grado de adiposidad corporal más que por la gravedad de la RAS. *Pediatrics* 2005;116:e66-e73.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2527

RESUMEN. Efectos de la atomoxetina sobre el crecimiento después de 2 años de tratamiento en pacientes pediátricos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Thomas J. Spencer, MD, Jeffrey H. Newcorn, MD, Christopher J. Kratochvil, MD, Dustin Ruff, PhD, David Michelson, MD, y Joseph Biederman, MD. *Objetivo.* El tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es típicamente mantenido durante períodos de meses o años y, como resultado de ello, ha sido un aspecto preocupante los potenciales efectos de la farmacoterapia de esta entidad sobre el crecimiento. En el presente metaanálisis se examina el efecto sobre el crecimiento de la atomoxetina, actualmente aprobada en Estados Unidos para el tratamiento del TDAH.

Métodos. Un total de 412 pacientes de 6 a 16 años de edad en el momento del comienzo del período de tratamiento recibió atomoxetina (dosis máxima, 1,8 mg/kg/día) por lo menos durante 2 años. Las determinaciones del peso y la talla fueron analizadas tanto como valores reales como después de su conversión a percentiles y puntuaciones Z sobre la base de las curvas de crecimiento de los Centers for Disease Control and Prevention. Se calculó el peso y la talla esperados en el momento del punto final mediante la extrapolación de los percentiles basales de los pacientes utilizando las curvas de crecimiento.

Resultados. Los resultados indican que, después de 2 años de tratamiento, el peso y la talla observados se hallaron cerca de los previstos de acuerdo con el peso y la talla basales de los pacientes. El peso aumentó una media de 10,8 kg, una disminución relativa al peso normal basal de 2,7 percentiles y correspondiente a 0,87 kg. La talla aumentó una media de 13,3 cm, una disminución relativa a las tallas normales basales de 2,2 percentiles y correspondiente a 0,44 cm. Tanto para el peso como para la talla, el cuartil de los pacientes que fueron más pequeños en el momento basal presentó un aumento en el percentil del punto final, mientras que los pacientes en el cuartil más elevado presentaron una disminución.

Conclusión. Los presentes hallazgos sugieren que, en cuanto al grupo, sólo existe un mínimo efecto sobre la talla después de 2 años de tratamiento con atomoxetina y que, en los pacientes de mayor riesgo (el cuartil más bajo), parece ser que no existe ningún efecto. *Pediatrics* 2005;116:e74-e80.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0624

RESUMEN. Evaluación olfatoria en los niños, aplicación al síndrome CHARGE. Christel Chalouhi, MD, Patrick Faulcon, MD, Christine Le Bihan, MD, Lucie Hertz-Pannier, MD, PhD, Pierre Bonfils, MD, PhD, y Véronique Abadie, MD, PhD. *Objetivo.* Encontrar una herramienta eficiente para comprobar la función olfatoria en los niños y su utilización para investigar a un grupo de niños con el síndrome CHARGE (coloboma, cardiopatía congénita, atresia de coanas, retraso mental y del crecimiento, anomalías genitales y malformaciones auriculares y sordera).

Métodos. Se adaptó a los niños una prueba olfatoria que recientemente ha sido validada en una población de franceses adultos y se investigó un grupo control de 25 niños sanos de 6 a 13 años de edad. A continuación se comprobó la capacidad olfatoria de un grupo de 14 niños de 6 a 18 años de edad con el síndrome CHARGE. Se cumplimentó con los padres un cuestionario sobre las dificultades para la alimentación de sus hijos y su habilidad para reconocer olores en la vida diaria. Se registraron y puntuaron las historias de

las anomalías de la conducta dietética, el estado visual y auditivo, y los niveles intelectuales presentes. En 9 de los 14 pacientes se analizaron mediante resonancia magnética nuclear (RMN) los tractos olfatorios y los globos oculares.

Resultados. Se demostró que los niños sanos tienen una función olfatoria similar a la del grupo control de adultos, que fue representativo de la población general, sin ninguna diferencia con respecto al sexo o la edad. También se demostró que todos los niños con el síndrome CHARGE presentaban una deficiencia olfatoria. La mitad de ellos eran anósmicos y los otros tenían una función olfatoria residual (hipósmicos). No se observó ninguna asociación entre la deficiencia olfatoria y la conducta dietética, o la alteración visual y auditiva o el nivel intelectual. Las evaluaciones subjetivas de los padres sólo fueron correctas para la mitad de los pacientes del grupo. Todas las exploraciones por RMN demostraron la presencia de anomalías de los tractos olfatorios y de los globos oculares, y oscilaron de una moderada a una completa aplasia, sin ninguna relación entre los resultados radiológicos y los funcionales.

Conclusiones. El olfato puede ser valorado en los niños, incluso en los más pequeños y discapacitados. Los presentes resultados apoyan la proposición de que las anomalías del rinencéfalo deben ser incluidas como un criterio mayor para el diagnóstico del síndrome CHARGE. *Pediatrics* 2005;116:e81-e8.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1970

RESUMEN. Dilatación de la arteria coronaria en pacientes que presentan una artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico. Bryce A. Binstadt, MD, PhD, Jami C. Levine, MD, Peter A. Nigrovic, MD, Kimberlee Gauvreau, DSci, Fatma Dedeoglu, MD, Robert C. FuhlBrigge, MD, PhD, Steven N. Weindling, MD, June W. Nerburger, MD, MPH, y Robert P. Sundel, MD. *Objetivo.* Valorar los diámetros de la arteria coronaria en pacientes que presentan una artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico (AIJCS).

Métodos. Se procedió a la revisión de 50 casos de AIJCS. En el momento de la presentación inicial con fiebre, en 12 pacientes se obtuvieron ecocardiografías que incluyeron una completa evaluación de las arterias coronarias. Un único revisor determinó los diámetros de las arterias coronarias principal izquierda, parte proximal de la anterior izquierda descendente y parte proximal de la derecha. Se calcularon las superficies corporales ajustadas a puntuaciones Z en relación con la población normal.

Resultados. Se observó la presencia de dilatación de la arteria coronaria (puntuación Z > 2) en 5 de los 12 pacientes con AIJCS sometidos a una ecocardiografía en el momento de su presentación con fiebre. Ningún paciente desarrolló un aneurisma coronario y la mitad de las puntuaciones Z de la arteria coronaria se normalizaron en el curso de 4 meses. Sólo 2 de los 5 pacientes con puntuaciones Z de la arteria coronaria > 2 cumplieron los criterios clínicos de la enfermedad de Kawasaki, la causa más frecuentemente conocida de dilataciones de la arteria coronaria en los niños.

Conclusiones. Los niños que presentan una AIJCS pueden tener una dilatación de la arteria coronaria de forma similar a lo observado en los que presentan la enfermedad de Kawasaki. Estos hallazgos sugieren que la presencia de una dilatación de la arteria coronaria en la ecocardiografía inicial de un paciente con fiebre no excluye el diagnóstico de AIJCS. *Pediatrics* 2005;116:e89-e93.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2190

RESUMEN. Factores asociados a la disponibilidad favorable de los padres a hacer cambios en los niños con sobrepeso. Kyung E. Rhee, MD, Cynthia W. De Lago, MD, MPH, Tonya Arscott-Mills, MD, Supriya D. Mehta, PhD, MHS, y Renee' Krysko Davis, MPH. *Objetivo.* La prevalencia de obesidad infantil está aumentando en Estados Unidos. Sin embargo, ha sido difícil ayudar con éxito a los niños para perder peso y mantener su pérdida de peso. Es importante la participación de los padres en este esfuerzo. En la actualidad, se sabe poco sobre la disponibilidad favorable de los padres a realizar cambios de conducta para ayudar a sus hijos a perder peso. El objetivo del presente estudio consistió en describir los factores demográficos y las percepciones de los padres asociadas a la disponibilidad favorable de los mismos para hacer cambios en el estilo de vida para reducir peso en sus hijos con sobrepeso y expuestos al riesgo de sobrepeso.

Métodos. Un total de 151 padres de niños de 2 a 12 años de edad con índices de masa corporal \geq percentil 85, según su edad y sexo, cumplimentó un cuestionario autoadministrado de 43 elementos. Mediante el empleo de un algoritmo que incluyó las prácticas actuales de los padres y sus futuras intenciones, se determinó el estadio de cambio de los padres, definido como estadio previo a la intención, el estadio de intención y el estadio de preparación/acción. Se consideró que los padres en el estadio de preparación/acción estaban dispuestos a hacer cambios de conducta para ayudar a sus hijos a perder peso. Se utilizó una regresión logística multinomial de máxima probabilidad para identificar los factores demográficos y las percepciones asociadas al estadio de cambio de los padres.

Resultados. El 62% de los niños tenían un índice de masa corporal (IMC) \geq percentil 95. Su edad media era de 7,5 años y el 53% eran varones. De los 151 padres, 58 (38%) se hallaban en el estadio de cambio de preparación/acción, 26 (17%) se hallaban en el estadio de intención y 67 (44%) en el estadio previo a la intención. Los factores asociados con estar en el estadio de preparación/acción de cambio fueron tener hijos con sobrepeso o de mayor edad (\geq 8 años), pensar que su propio peso o el de su hijo se hallaba por encima de la media y percibir que el peso de su hijo era un problema de salud. Después de proceder al control de múltiples factores, permaneció significativamente asociado con estar en el estadio de preparación/acción del cambio el tener un hijo de mayor edad (*odds ratio* [OR] = 2,99; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,18-7,60), reconocer que ellos mismos tenían sobrepeso (OR = 3,45; IC del 95%, 1,36-8,75) y percibir que el peso de su hijo era un problema de salud (OR = 9,75; IC del 95%, 3,43-27,67).

Conclusiones. Diversos factores demográficos y percepciones personales se hallan asociados a la disponibilidad favorable de los padres para ayudar a sus hijos a perder peso. El conocimiento de estos factores puede ser beneficioso para los profesionales de la salud y para los que desarrollan programas cuando enfocan el problema del sobre peso en los niños con los padres y se ponen en marcha nuevas intervenciones. *Pediatrics* 2005;116:e94-e101.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2479

RESUMEN. Mejoría de la densidad mineral ósea y de la composición corporal en supervivientes de una leucemia linfoblástica aguda infantil: un estudio prospectivo de un año. Daniela Marinovic, MD, Sophie Dorgeret, MD,

Brigitte Lescoeur, MD, Corinne Alberti, MD, Michèle Noel, MD, Paul Czernichow, MD, Guy Sebag, MD, Etienne Vilmer, MD, y Julianne Léger, MD. *Objetivos.* Se han comunicado anomalías en la densidad mineral ósea (DMO), la composición corporal y el metabolismo óseo en niños tratados por una leucemia linfoblástica aguda (LLA) durante y después del tratamiento. No obstante, estos estudios son de corte transversal y no se dispone de datos longitudinales de un grupo grande de pacientes después de terminar el tratamiento. En el presente estudio se procedió a la valoración de los cambios longitudinales de un año en la DMO, la composición corporal y el metabolismo óseo en niños con una LLA durante los 3 primeros años después de haber terminado el tratamiento sin radiación craneal.

Métodos. Mediante absorciometría de energía dual de rayos X se determinó la DMO corporal total (g/cm^2), la superficie y volumen de la columna lumbar (L_2-L_4), la masa magra corporal y el porcentaje de grasa corporal en 37 niños (edad mediana = 7,9 años; límites, 4,7-20,6 años) tratados por una LLA a una edad mediana de 3,3 años (límites, 1,1-16,6 años), después de una mediana de 2,2 años de haber terminado el tratamiento y después de un período de 1 año de control de seguimiento. Dos sujetos de control para cada caso ($n = 74$) emparejados por sexo, edad y estadio puberal también fueron investigados longitudinalmente durante 1 año con respecto a su composición corporal. Durante el período del estudio, se determinaron en los pacientes los marcadores bioquímicos séricos habituales del metabolismo del calcio y del recambio óseo.

Resultados. Después de una mediana de 2,2 años posteriores al final del tratamiento de una LLA infantil, se observó una discreta disminución de la DMO corporal total. Los pacientes presentaron una DMO corporal total mediana significativamente más baja cuando fueron valorados antes de 1,5 años al ser comparados con los que fueron valorados \geq 1,5 años desde la finalización del tratamiento. En el momento de la primera valoración, el porcentaje de masa grasa corporal fue significativamente más elevado y los pacientes fueron físicamente menos activos, en comparación con sus controles emparejados. Aunque, tal como se esperaba, durante el año de control de seguimiento, ambos grupos presentaron un incremento anual en sus determinaciones de la DMO, en comparación con los controles, en los pacientes se observó un incremento significativamente más elevado de la DMO corporal total. Durante este mismo período, en comparación con los controles, el incremento en el porcentaje de la masa corporal grasa fue discretamente más bajo en los pacientes con LLA. Al final del año de control de seguimiento, la DMO, los parámetros de la composición corporal y la actividad física de los pacientes con LLA fueron similares a los observados en los controles emparejados. Los marcadores bioquímicos séricos del recambio óseo fueron normales en ambas valoraciones.

Conclusiones. Durante el período del estudio, se observó un aumento significativo de la DMO corporal total y una tendencia a un menor incremento en el porcentaje de masa grasa corporal en los pacientes con LLA en comparación con los controles emparejados por edad cronológica, sexo y estadio puberal. Estos hallazgos sugieren un efecto positivo a largo plazo de la finalización del tratamiento y del aumento de la actividad física sobre la DMO, la composición corporal y el metabolismo óseo en pacientes que fueron tratados por una LLA. *Pediatrics* 2005;116:e102-e8.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1838

RESUMEN. **Golpe de calor a partir de vehículos cerrados: temperaturas ambientales moderadas causan importantes aumentos de temperatura en vehículos cerrados.** Catherine McLaren, MD, Jan Null, CCM, y James Quinn, MD. **Objetivo.** Cada año se observa la muerte por golpe de calor de niños después de ser dejados sin vigilancia dentro de vehículos de motor. En 2003 se comunicaron 42 casos, un número superior a la media nacional de 29 casos para los últimos 5 años. En estudios previos se ha observado que en días en los que las temperaturas ambientales superan los 30 °C, las temperaturas internas de los vehículos rápidamente alcanzan los 57 a los 68 °C. Nos interesó conocer si se producen temperaturas igualmente elevadas en días claros y soleados con temperaturas ambientales más moderadas. El objetivo del presente estudio consistió en valorar el grado de elevación de la temperatura y la tasa de este aumento ante temperaturas ambientales similares y más bajas. Además se valoró el efecto de tener las ventanas del vehículo algo abiertas.

Métodos. En el presente estudio de observación, se determinó de forma continua durante un período de 60 min el aumento de la temperatura interior de un turismo de color negro en 16 diferentes días soleados y claros con temperaturas ambientales que oscilaron de 22 a 35,5 °C. En 2 de estos días se realizaron determinaciones adicionales con las ventanas abiertas unos 4 cm. Se utilizó el análisis de la varianza para determinar con qué rapidez aumentó la temperatura interna del vehículo y compararlo con lo observado cuando las ventanas se abrieron unos 4 cm.

Resultados. Independientemente de la temperatura ambiental la tasa del aumento de temperatura en el interior del vehículo no fue significativamente diferente. El incremento medio de la temperatura fue de 1,8 °C por cada intervalo de 5 min, con un 80% del aumento total de la temperatura durante los primeros 30 min. La temperatura final del interior del vehículo dependió de la temperatura ambiental inicial, pero incluso ante la temperatura ambiental más fría, la temperatura en el interior del vehículo alcanzó los 47,5 °C. En promedio se observó un incremento aproximado de 22,5 °C en el interior del vehículo ante temperaturas ambientales entre 22 y 35,5 °C. Mantener las ventanas abiertas unos 4 cm no disminuyó la tasa de aumento de la temperatura en el interior del vehículo (cerrado: 1,9 °C cada 5 min; abierto: 1,7 °C cada 5 min) ni la temperatura interna máxima final.

Conclusiones. Incluso ante temperaturas ambientales relativamente frías, el aumento de temperatura en el interior de los vehículos es importante en días soleados y claros, lo que expone a los lactantes al riesgo de desarrollar una hipertermia. Los vehículos se calientan rápidamente con la mayor parte del aumento de temperatura en el curso de los primeros 15 a 30 min. Dejar las ventanas un poco abiertas no retraza de forma significativa el proceso de calentamiento ni disminuye la temperatura máxima alcanzada. Un aumento del conocimiento público y de la información de los padres sobre el aumento de temperatura en el interior de los vehículos puede disminuir la incidencia de las muertes por hipertermia y mejorar la seguridad de los pasajeros infantiles. *Pediatrics* 2005;116:e109-e12.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2368

RESUMEN. **Fumar con pipa turca (*narguilé*): una conducta emergente de riesgo para la salud.** Barry Knish-

kowy, MD, MPH, y Yona Amitai, MD, MPH. El *narguilé*, o fumar con pipa turca (FPT), ha sido ampliamente practicado aproximadamente durante 400 años. Ello es frecuente en la península arábiga, Turquía, India y Pakistán, entre otros. En los últimos años, se ha observado un restablecimiento de FPT, especialmente entre la gente joven. La mayoría de los profesionales de la salud de Estados Unidos no están familiarizados con la práctica y las consecuencias para la salud de FPT. Por consiguiente, esta tendencia representa un nuevo reto para los profesionales sanitarios que atienden a adolescentes. La composición del tabaco utilizado para FPT es bastante variable y no está bien estandarizada. Los estudios que han examinado a los fumadores de *narguilé* y al humo del aerosol de la pipa turca han comunicado concentraciones elevadas de monóxido de carbono, nicotina, alquitrán y metales pesados. Estas concentraciones fueron tan o más elevadas que las observadas en los fumadores de cigarrillos. Los escasos datos científicos con respecto a las consecuencias adversas de FPT señalan peligros similares a los asociados al hábito de fumar cigarrillos: cáncer, función pulmonar alterada, bajo peso al nacer y otros. Se han observado daños adicionales no encontrados con el hábito de fumar cigarrillos, como enfermedades infecciosas a causa del hecho de compartir la pipa y la frecuente adicción al tabaco de alcohol o drogas psicoactivas. Las estrategias de salud pública para el control de la emergente epidemia de FPT incluyen la puesta en marcha de una investigación epidemiológica y toxicológica, la promulgación de leyes que limiten la adquisición y el uso de la pipa turca y la educación sanitaria dirigida a los adolescentes, en particular. *Pediatrics* 2005;116:e113-e9.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2173

RESUMEN. **Los datos del US Department of Education sobre autismo no son fiables para el rastreo de su prevalencia.** James R. Laidler, MD. Muchos grupos defensores del autismo utilizan los datos recogidos por el US Department of Education (USDE) para demostrar el rápido aumento de su prevalencia. Un examen más ajustado de estos datos, al seguir cada cohorte por año de nacimiento, revela anomalías en los datos del USDE sobre el autismo. Los datos del USDE no sólo demuestran un aumento en la prevalencia global del autismo con el paso del tiempo, sino también un aumento importante y casi lineal de la prevalencia del autismo dentro de una cohorte al aumentar la edad, con un importante incremento del número de nuevos casos hasta la edad de 17 años. Además, se observa una disminución inesperada en el aumento de la prevalencia de autismo en la mayoría de las cohortes a la edad de 12 años, edad en la que la mayoría de los niños deben empezar la escolarización secundaria. Estas anomalías indican problemas internos en los datos del USDE que los hacen poco fiables para el rastreo de la prevalencia del autismo. *Pediatrics* 2005;116:e120-e4.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2341

RESUMEN. **Cribado e intervenciones para el sobrepeso infantil: un resumen de las pruebas para la US Preventive Services Task Force.** Evelyn P. Whitlock, MD, MPH, Selvi B. Williams, MD, Rachel Gold, PhD, MPH, Paula R. Smith, RN, BSN, y Scott A. Shipman, MD, MPH. **Antecedentes.** El sobrepeso y la obesidad en los niños y los adolescentes están relacionados con riesgos para la salud, proce-

sos médicos y un riesgo incrementado de obesidad en la vida adulta, con sus correspondientes impactos sobre la morbilidad y la mortalidad. En los últimos 25 años, la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en los niños se ha más que duplicado.

Objetivo. En el presente artículo se expone un resumen de las pruebas relacionadas con los beneficios y los peligros del cribado y el tratamiento tempranos del sobrepeso en los niños y los adolescentes en los marcos clínicos.

Métodos. Se desarrolló un sistema analítico y 7 preguntas clave para representar las pruebas lógicas que conectan el cribado y las intervenciones para el control del peso con cambios en el sobrepeso y los resultados conductuales, fisiológicos y sanitarios en la infancia o la vida adulta. Se investigó la Cochrane Library para el período de 1996 a abril de 2004. Se investigó en Medline, PsycINFO, DARE y CI-NAHL, desde 1966 a abril de 2004. Un revisor resumió la información relevante de cada artículo incluida en tablas de pruebas estandarizadas y un segundo revisor comprobó los elementos clave. Dos revisores graduaron la calidad de cada artículo utilizando los criterios de la US Preventive Services Task Force.

Resultados. Aunque el índice de masa corporal (IMC) es una medida del peso relativo más que de la obesidad, se halla ampliamente recomendado para su empleo en los niños y adolescentes para determinar la presencia de sobrepeso y es la medida actualmente preferida. El riesgo de sobrepeso en la vida adulta como consecuencia de su presencia en la infancia proporciona la mejor prueba disponible para considerar la validez clínica del IMC como un criterio de sobrepeso en niños y adolescentes. Las medidas del IMC en la infancia se relacionan de forma moderada con la vida adulta o muy bien con una relación más fuerte observada en los niños con uno o más parientes obesos y en los que presentan un mayor sobrepeso o son de mayor edad. La probabilidad de obesidad en la vida adulta (IMC > 30 kg/m²) es de un 50% o más elevada en los niños de más de 13 años de edad cuyos percentiles del IMC según el sexo y la edad se sitúan en el percentil 95 o lo sobrepasan. La clasificación del sobrepeso basada en el IMC, especialmente en las minorías raciales/étnicas con diferencias en la composición corporal, puede tener una validez limitada, debido a que las medidas del IMC no pueden diferenciar el incremento del peso con respecto a la talla debido a una masa grasa libre relativamente más elevada (músculo, hueso, líquidos) de lo debido a la presencia más elevada de grasa. No se han comunicado estudios clínicos de los programas de cribado para identificar y tratar el sobrepeso infantil. Se dispone de una investigación limitada sobre la eficacia de las intervenciones generalizables para los niños y los adolescentes con sobrepeso que puedan llevarse a cabo en la asistencia primaria o a través de remisiones desde ésta.

Conclusiones. La determinación del sobrepeso mediante el IMC en los adolescentes de mayor edad identifica a los expuestos a un riesgo incrementado de desarrollar obesidad en la vida adulta. Aún no se ha demostrado que las intervenciones dirigidas a los adolescentes con sobrepeso en los marcos clínicos tengan beneficios clínicamente importantes ni que se hallen ampliamente disponibles. Es posible que el cribado para clasificar el sobrepeso en los niños de menos de 12 o 13 años de edad que no presentan de forma clara sobrepeso no proporcione una clasificación real del riesgo para la obesidad en la vida adulta. El cribado en este grupo

de edad se halla además comprometido por el hecho de que existen pruebas poco generalizables para las intervenciones en la asistencia primaria. Dado que existen estudios que informan sobre mejorías discretas de corto a medio plazo (aproximadamente una disminución del 10 al 20% del sobrepeso o unos pocos cambios en las unidades del IMC), parece posible obtener mejorías del sobrepeso en los niños y adolescentes. *Pediatrics* 2005;116:e125-e44.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0242

RESUMEN. Hiperinsulinismo provocado que lleva a una pancreatectomía: formas graves del síndrome de Münchhausen por poderes. Irina Giurgea, MD, Tim Ulinski, MD, Guy Touati, MD, Christine Sempoux, MD, PhD, Fanny Mochel, MD, Francis Brunelle, MD, PhD, Jean-Marie Saudubray, MD, PhD, Claire Fekete, MD, PhD, y Pascale de Lonlay, MD, PhD. La historia clínica y una secreción inadecuada de insulina durante los episodios de hipoglucemia permiten el diagnóstico de hiperinsulinismo. Se describen 2 casos de hiperinsulinismo provocado que motivaron la práctica de una pancreatectomía parcial. El caso 1 era una niña de 8 años de edad que fue visitada por presentar una grave hipoglucemia y valores elevados de insulina y de péptido C. Se realizó una cateterización de las venas pancreáticas para localizar el exceso de secreción de insulina. Se sospechó la presencia de un insulíoma y se realizó una pancreatectomía parcial. Diez días después de la intervención quirúrgica apareció una grave recidiva de la hipoglucemia con unos valores plasmáticos de insulina intensamente elevados ($\times 100$), pero con concentraciones plasmáticas de péptido C muy bajas, lo que sugiere la presencia de una hiperinsulinemia provocada. Los episodios de hipoglucemia anteriores a la intervención quirúrgica fueron provocados por sulfamidas orales, y los observados en el postoperatorio fueron causados por insulina parenteral. Se hallaron prescripciones falsificadas por la madre –una enfermera–, para sulfamidas e insulina. El caso 2 se trataba de una niña de 6 meses de edad que fue visitada por presentar convulsiones e hipoglucemia, a lo que siguió un período de muchos meses sin sintomatología. A los 2 años de edad, un episodio repetido de convulsiones hipoglucémicas y valores elevados de insulina levantó la sospecha de un hiperinsulinismo congénito. El valor plasmático de péptido C, determinado en una ocasión, fue normal, pero la muestra de sangre se obtuvo 15 min después de un episodio de hipoglucemia. Se realizó una pancreatectomía parcial. Dos semanas después de la intervención quirúrgica, apareció una recidiva de las convulsiones hipoglucémicas y la paciente fue ingresada para una cateterización de las venas pancreáticas. Esta investigación se realizó durante un episodio de hipoglucemia y reveló la presencia de unos valores de insulina elevados e indetectables de péptido C, lo que sugiere una hipoglucemia provocada. El análisis del cociente insulina/péptido C es crucial para determinar la presencia de una hipoglucemia provocada, aunque la hipoglucemia provocada por sulfamidas no es detectada con ello. El 1% (2 de 250) de todos los casos de hipoglucemia hiperinsulínica observados en la unidad de los autores se ha identificado como síndrome de Munchausen por poderes. Una historia atípica de la enfermedad debe levantar la sospecha de una hipoglucemia provocada. *Pediatrics* 2005;116:e145-e8.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2331

RESUMEN. “Celulitis” ampollosa con eosinofilia: observación clínica y revisión del síndrome de Wells en la infancia. Amy E. William, MD, Anna L. Bruckner, MD, Renée M. Howard, MD, Brian P. Lee, MD, Susan Wu, MD, e Ilona J. Frieden, MD. Una niña de 1 año de edad fue visitada por presentar, de forma brusca, placas eritematosas y edematosas asociadas a ampollas en las extremidades junto a una eosinofilia periférica. Se hallaba afebril, y las lesiones cutáneas eran pruriginosas pero no dolorosas. Fue tratada con antibióticos por vía intravenosa por una supuesta celulitis sin que se observara ninguna mejoría. Sin embargo, las lesiones respondieron rápidamente a un tratamiento sistémico con corticoides. Sobre la base de la morfología de las lesiones, la eosinofilia periférica y la histopatología cutánea, se estableció un diagnóstico de síndrome de Wells, entidad extremadamente rara en la infancia, con sólo 27 casos pediátricos comunicados en la bibliografía. Debido a que es observado de forma tan poco frecuente, no existen pautas específicas para su estudio y su tratamiento en los niños. Este diagnóstico debe ser tenido en cuenta en los niños con una supuesta celulitis y eosinofilia que no responde a los antibióticos. El estudio de estos pacientes debe incluir una historia y exploración física dirigidas, un hemograma completo y un examen de las heces en busca de huevos y parásitos para identificar los potenciales desencadenantes. El tratamiento es a base de corticoides sistémicos a no ser que la enfermedad sea limitada, en cuyo caso puede estar indicada la aplicación tópica de corticoides de media a alta potencia. Si los hallazgos sistémicos son muy llamativos o la enfermedad se cronifica (duración superior a 6 meses), debe considerarse la remisión a un hematólogo/oncólogo. *Pediatrics* 2005;116:e149-e55.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2273

RESUMEN. Disponibilidad de pediatras: estado actual y perspectivas futuras. David C. Goodman, MD, MS, y Committee on Pediatric Workforce. La prestación eficaz y eficiente de la asistencia sanitaria a los niños depende de la disponibilidad de pediatras. El número, la composición y la distribución de los pediatras necesarios para proporcionar esta asistencia ha sido el sujeto de un prolongado debate político y profesional. En el presente informe técnico se revisan las características actuales de la disponibilidad de pediatras, y ello se combina con un modelo conceptual de mejoría de la salud y el bienestar de los niños. Los importantes cambios recientes en la disponibilidad de pediatras incluye: *a*) el aumento del número de pediatras en relación con la población infantil; *b*) el número creciente de pediatras mujeres y que éstas llegan a ser mayoría en la especialidad; *c*) la persistencia de un gran número de graduados médicos internacionales que entran en los programas de formación; *d*) la ausencia de diversidad étnica y racial de los pediatras en comparación con los niños, y *e*) la persistencia de una notable variación regional en el aporte de pediatras. Se revisan los modelos de prestación que proyectan la necesidad de pediatras, y generalmente indican que el número de pediatras por niño aumentará en un 50% en el curso de los próximos 20 años. Se presentan y critican los métodos diferenciales de la valoración de la necesidad de pediatras. El informe plantea que la disponibilidad de pediatras está siendo sometida a cambios fundamentales que tendrán efectos importantes sobre la vida profesional de los pediatras y la prestación de la asistencia sanitaria a los niños. *Pediatrics* 2005;116:e156-e73.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0874