

# 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 hipervínculos 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><b>e1</b> Prevalencia de descamación del cuero cabelludo en niños prepuberales. <i>J.V. Williams, L.F. Eichenfield, B.L. Burke, M. Barnes-Eley y S.F. Friedlander</i></p> <p><b>e7</b> La gravedad de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial se halla afectada por la exposición al humo del tabaco y la atopia. <i>J.P. Bradley, L.B. Bacharier, J. Bonfiglio, K.B. Schechtman, R. Strunk, G. Storch y M. Castro</i></p> <p><b>e15</b> Frecuencia de endocarditis infecciosa en lactantes y niños con bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i>. <i>A.M. Valente, R. Jain, M. Scheurer, V.G. Fowler, G. Ralph Core, A. Resai Bengur, S. Sanders y J.S. Li</i></p> <p><b>e20</b> Efecto diferencial del hecho de haber nacido en el extranjero sobre el peso bajo al nacer según raza/etnia y educación. <i>D. Acevedo-García, M.J. Soobader y L.F. Berkman</i></p> <p><b>e31</b> Tasas de lactancia materna en Estados Unidos según las características del niño, la madre o la familia: el 2002 National Immunization Survey. <i>R. Li, N. Darling, E. Maurice, L. Barker y L. Grummer-Strawn</i></p> <p><b>e38</b> Asociación entre la presencia de niños en el hogar y la posesión de y el almacenamiento de armas de fuego. <i>S.M. Connor</i></p> <p><b>e44</b> Diferencias étnicas en la mortalidad neonatal y posneonatal. <i>N.A. Hessel y E. Fuentes-Afflick</i></p> <p><b>e52</b> Niños con hipotiroidismo congénito y sus hermanos: ¿se diferencian realmente? <i>J.F. Rovet</i></p> <p><b>e58</b> Mielomeningocele, patrones de carácter y percepciones paterna. <i>B. Vacha y R. Adams</i></p> <p><b>e64</b> Evaluación de una nueva determinación transcutánea combinada de PCO<sub>2</sub>/saturación de oxígeno mediante</p> | <p>pulsioximetría con sensor auricular en pacientes recién nacidos. <i>V. Bernet-Buettiker, M.J. Ugarte, B. Frey, M.I. Hug, O. Baenziger y M. Weiss</i></p> <p><b>e69</b> Utilización de esmalte fluorado en la asistencia primaria: ¿qué opinan los profesionales? <i>C. Lewis, H. Lynch y L. Richardson</i></p> <p><b>e77</b> La hipnosis reduce las molestias y la duración de un procedimiento médico invasivo en los niños. <i>L.D. Bttler, B.K. Symons, S.L. Henderson, L.D. Shortlife y D. Spiegel</i></p> <p><b>e86</b> Pestañas largas en una serie de casos de 93 niños con queratoconjuntivitis primaveral. <i>N. Pucci, E. Novembre, E. Lombardi, C. Massi, R. Bernardini, R. Caputo, L. Campa, C. de Libero y A. Vierucci</i></p> <p><b>e92</b> Enfermedad de Kikuchi en niños asiáticos. <i>H-C. Lin, C-Y. Su y S-C. Huang</i></p> <p><b>e97</b> Un proceso para desarrollar un consenso comunitario sobre el diagnóstico y el tratamiento de trastorno de hiperactividad/déficit de la atención. <i>J.M. Foy y M.F. Earls</i></p> <p><b>e105</b> Tirotoxicosis neonatal e hipertensión pulmonar persistente que precisa soporte vital extracorpóreo. <i>J. Oden e I.M. Cheifetz</i></p> <p><b>e109</b> Vía aérea con mascarilla laríngea para el transporte interhospitalario de recién nacidos. <i>D. Trevisanuto, C. Verghese, N. Doglioni, P. Ferrarese y V. Zanardo</i></p> <p><b>e112</b> Empiema subdural por estreptococo del grupo A como complicación de la varicela. <i>R. Ullo-Gutiérrez, S. Dobson y J. Forbes</i></p> <p><b>e115</b> Respuesta inmunológica y clínica al rituximab en un niño con el síndrome opsoclonus-mioclónus. <i>M.R. Pranzatelli, E.D. Tate, A.L. TRavelstead y D. Longee</i></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**RESUMEN. Prevalencia de descamación del cuero cabelludo en niños prepuberales.** Judith V. Williams, MD, Lawrence F. Eichenfield, MD, Bonnie L. Burke, MS, Myra Barnes-Eley, MPH, y Sheila F. Friedlander, MD. *Objetivo.* Determinar la prevalencia y las etiologías más frecuentes de la presencia de descamación del cuero cabelludo en lactantes y niños prepuberales y la especificidad de las adenopatías de la cabeza y el cuello para el diagnóstico de la tiña tonsurante asociada a la descamación del cuero cabelludo.

*Diseño/Métodos.* Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en 300 niños, 200 de una consulta de pediatría general urbana y 100 de 2 consultas de dermatología pediátrica urbanas. La mitad de los sujetos tenían menos de 2 años de edad y la otra, entre 2 y 10. Se obtuvieron datos demográficos, historia médica y datos clínicos que denotaran la presencia de descamación del cuero cabelludo y otros signos y síntomas en éste, además de las adenopatías de la cabeza y el cuello.

*Resultados.* Se observó la presencia de descamación del cuero cabelludo en 66 (22%) niños. Se observó una prevalencia más elevada pero no significativa de descamación del cuero cabelludo en los menores de 2 años de edad en comparación con el grupo de 2 a 10 años. En los menores de 2 años de edad con descamación del cuero cabelludo, los diagnósticos más frecuentes fueron dermatitis seborreica (escamas gruesas, adherentes y grasas predominantemente en las áreas frontal y/o del vértice del cuero cabelludo) y dermatitis/eccema atópico. Entre los niños de 2 a 10 años de edad con descamación del cuero cabelludo, los diagnósticos más frecuentes fueron descamación inespecífica (escamas finas, blancas), dermatitis seborreica y dermatitis/eccema atópico. En 9 (3%) pacientes, todos ellos de raza negra, se halló un cultivo positivo para un dermatofito que resultó ser *Trichophyton tonsurans*. Más de la mitad (52,7%) de todos los pacientes presentaban adenopatías en la cabeza y el cuello. La presencia de adenopatías posteriores se asoció de forma significativa con dermatitis/eccema atópico y se asoció marginalmente con un cultivo positivo para un dermatofito. La presencia de descamación del cuero cabelludo asociada a adenopatías posteriores se asoció de forma significativa con dermatitis seborreica y un cultivo positivo para un dermatofito en toda la población del estudio y con dermatitis atópica en las consultas de dermatología pediátrica.

*Conclusiones.* La descamación del cuero cabelludo es frecuente en los niños de 0 a 10 años de edad. La dermatitis seborreica de tipo infantil se observa en ambos grupos de edad: es 3 veces más frecuente en los niños menores de 2 años de edad (18%) que en los de 2 a 10 años (6%). Al contrario de lo que se enseña tradicionalmente, la dermatitis seborreica se puede encontrar en los niños preadolescentes. La dermatitis/eccema atópico se asocia a descamación del cuero cabelludo en ambos grupos de edad. Las adenopatías de la cabeza y el cuello son muy frecuentes e inespecíficas de cualquiera de los diagnósticos. Las adenopatías posteriores con descamación del cuero cabelludo se asocia de forma significativa con dermatitis seborreica, un cultivo positivo para un dermatofito y dermatitis atópica. En esta población pediátrica no seleccionada, la descamación del cuero cabelludo con adenopatías no se asocia exclusivamente con la tiña tonsurante. *Pediatrics.* 2005;115:e1-e6.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1616](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1616)

**RESUMEN. La gravedad de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial se halla afectada por la exposición al humo del tabaco y la atopía.** Joseph P. Bradley, Leonard B. Bacharier, MD, JoAnn Bonfiglio, RN, MSN, Kenneth B. Schechtman, PhD, Robert Strunk, MD, Gregory Storch, MD, y Mario Castro, MD, MPH. *Objetivo.* La bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) es una causa frecuente de hospitalización en los niños y se ha identificado cada vez más como un factor de riesgo para la aparición de asma. Se desconoce qué determina la gravedad de la bronquiolitis por VRS, lo que puede ser útil en la valoración inicial de estos niños.

*Diseño.* Se procedió a valorar una serie de factores ambientales y del huésped que pueden contribuir a la gravedad de la bronquiolitis por VRS en el estudio prospectivo de la cohorte del RSV Bronchiolitis in Early Life. La gravedad de la bronquiolitis se basó en la cuantificación de la saturación de O<sub>2</sub> más baja y la duración de la hospitalización. Estos factores incluyeron la demografía del niño y de su familia, la presencia de alérgenos domésticos (ácaros del polvo, gato, perro y cucaracha), el recuento de eosinófilos en sangre periférica, el valor de la inmunoglobulina E, la alimentación del lactante, las enfermedades previas, la exposición intrauterina y posnatal al humo del tabaco y la historia familiar de atopía.

*Pacientes.* Se procedió a reclutar de forma prospectiva a 206 lactantes hospitalizados, todos ellos menores de 12 meses de edad ( $4,0 \pm 3,3$  meses de edad), con su primer episodio de bronquiolitis por VRS grave (saturación de O<sub>2</sub> media,  $91,6 \pm 7,3\%$ ; duración de la hospitalización,  $2,5 \pm 2,5$  días; presencia de opacidades radiológicas, 75%). Se excluyó a pacientes por diversos motivos, incluyendo episodios previos de respiración sibilante, uso regular de broncodilatadores o fármacos antiinflamatorios, cualquier enfermedad pulmonar previa, incluyendo asma, enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad/dislipasia broncopulmonar, fibrosis quística, enfermedad por reflujo gastroesofágico con tratamiento médico o anomalías congénitas del tórax o del pulmón.

*Resultados.* Se observó que la edad es un factor significativo en la gravedad de la infección. Cuanto más pequeño es el lactante, más grave tiende a ser la infección según la saturación de O<sub>2</sub> más baja. También se observó que los lactantes expuestos posnatalmente al humo del tabaco de la madre presentaron una saturación de O<sub>2</sub> más baja que los no expuestos. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la gravedad de la bronquiolitis por VRS entre los lactantes expuestos sólo intrauterinamente al humo del tabaco y los que nunca estuvieron expuestos al mismo. Los lactantes con una historia familiar de atopía, especialmente con una historia materna de asma o rinitis alérgica, presentaron una saturación de O<sub>2</sub> más elevada. Aunque una historia materna de atopía parece ser protectora, no se observó ninguna asociación entre los alérgenos y la gravedad de la bronquiolitis, aunque en el 25% de las casas se hallaron valores elevados de alérgenos. Los lactantes de raza negra presentaron bronquiolitis por VRS menos graves que sus homólogos de raza blanca. El análisis de variables múltiples reveló que la edad, la raza, la atopía materna y el consumo de tabaco se asocian a la gravedad de la bronquiolitis por VRS.

*Conclusiones.* La gravedad de la bronquiolitis por VRS en la fase temprana en la vida parece estar modificada por la exposición posnatal al humo de tabaco de la madre y a la

atopia materna y a la edad del lactante, pero no por los valores alérgenos en el entorno doméstico. *Pediatrics*. 2005;115:e7-e14.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0059](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0059)

**RESUMEN. Frecuencia de endocarditis infecciosa en lactantes y niños con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.** Anne Marie Valente, MD, Rajiv Jain, MD, Mark Scheurer, MD, Vance G. Fowler, Jr, MD, G. Ralph Corey, MD, A. Resai Bengur, MD, Stephen Sanders, MD, y Jennifer S. Li, MD. *Objetivo.* Se desconoce la prevalencia de endocarditis infecciosa (EI) en los niños con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (BSA). El objetivo del presente estudio consistió en determinar de forma prospectiva la prevalencia de EI en los pacientes pediátricos con BSA en un gran centro de atención terciaria.

*Métodos.* Entre julio de 1998 y junio de 2001, todos los niños que presentaron una BSA y cuyos padres/tutores firmaron el consiguiente consentimiento informado, fueron sometidos a una ecocardiografía. Los resultados clínicos y del seguimiento se recogieron de forma prospectiva. La endocarditis se clasificó de acuerdo con los criterios de Dukes modificados.

*Resultados.* Un total de 51 niños presentaron una BSA durante el período del estudio. Se observó una EI evidente (6 pacientes; 11,8%) o posible (4 pacientes; 7,8%) en 10 de los 51 (20%) niños con BSA. La mayoría de los niños (73%) presentó una bacteriemia como consecuencia de un dispositivo intravascular infectado. Los niños con una cardiopatía congénita de base presentaron una prevalencia significativamente más elevada de EI evidente o posible en comparación con los que tenían corazones estructuralmente normales (el 53 frente al 3%). Todos los pacientes con una EI evidente presentaron múltiples hemocultivos positivos. La mortalidad fue elevada entre los pacientes con y sin EI (el 40 frente al 12%).

*Conclusiones.* En el presente estudio, la prevalencia de EI evidente en los niños con una BSA fue, aproximadamente, del 12% y se halló frecuentemente asociada a la presencia de una cardiopatía congénita y múltiples hemocultivos positivos. La mortalidad de los niños con BSA y una EI por *Staphylococcus aureus* evidente o posible es elevada. *Pediatrics*. 2005;115:e15-e19.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1152](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1152)

**RESUMEN. Efecto diferencial del hecho de haber nacido en el extranjero sobre el peso bajo al nacer según raza/etnia y educación.** Dolores Acevedo-García, PhD, MPA-URP, Mah-J Soobader, PhD, y Lisa F. Berkman, PhD. *Objetivos.* El presente estudio investiga si el hecho de haber nacido en el extranjero confiere un efecto protector frente al bajo peso al nacer (BPN) y si este efecto protector varía entre los grupos raciales/étnicos y según el nivel socioeconómico (es decir, la educación) en los diversos grupos raciales/étnicos.

*Métodos.* Se utilizó un análisis de regresión logística del Detail Natality Data, 1998 (n = 2.436.890) para examinar las diferencias en el BPN según la natalidad en los diferentes grupos raciales/étnicos y según el nivel educativo.

*Resultados.* Aunque el hecho de haber nacido en el extranjero no protege frente al BPN en las mujeres de raza blanca (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,96-1,03) y

aumenta el riesgo en las mujeres asiáticas en un 24% (IC del 95%, 1,13-1,36), reduce el riesgo aproximadamente en un 25% en las mujeres de raza negra (IC del 95%, 0,72-0,78) y aproximadamente en un 19% en las mujeres hispanas (IC del 95%, 0,78-0,84). Según el nivel académico, en personas de raza blanca, negra e hispana, el efecto protector del hecho de haber nacido en el extranjero es más fuerte en las mujeres con menos formación (es decir de 0 a 11 años) que en las que tienen más. El gradiente educativo en el BPN es menos pronunciado en las mujeres blancas, negras e hispanas nacidas en el extranjero que entre sus homólogas nacidas en Estados Unidos.

*Conclusiones.* El hecho de haber nacido en el extranjero se asocia con un BPN. El sentido y la fuerza de esta asociación varía en los diversos grupos raciales/étnicos y, dentro de estos grupos, varía según el grado educativo. La investigación futura puede probar las hipótesis sobre los mecanismos que subyacen bajo estas variaciones en el BPN, incluyendo la selección por salud de los inmigrantes, factores culturales, apoyo social y entorno social. *Pediatrics*. 2005;115:e20-e30.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1306](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1306)

**RESUMEN. Tasas de lactancia materna en Estados Unidos según las características del niño, la madre o la familia: el 2002 National Immunization Survey.** Rouwei Li, MD, PhD, Natalie Darling, MPH, Emmanuel Maurice, MS, MA, Lawrence Barker, PhD, y Laurence Grummer-Strawn, PhD. *Objetivo.* En el tercer cuatrimestre de 2001, el National Immunization Survey (NIS) empezó a recoger datos sobre el inicio y la duración de la lactancia materna y si era el método exclusivo de alimentación del lactante. Empleando los datos del NIS de 2002, el presente estudio estima las tasas de lactancia materna en Estados Unidos según las características del niño, la madre o la familia.

*Métodos.* El NIS emplea una marcación de dígitos al azar para realizar entrevistas en los domicilios de todo el país con niños de 19 a 35 meses de edad con respecto a las vacunas y luego valida la información mediante una encuesta postal con los profesionales de la salud que han administrado las vacunas. En 2002, aproximadamente 3.500 domicilios del NIS fueron distribuidos al azar en 1 de los 3 módulos rotatorios que cubren la lactancia materna.

*Resultados.* Más de dos terceras partes (71,4%) de los niños recibieron lactancia materna alguna vez. A los 3 meses, el 42,5% de los lactantes se alimentaba exclusivamente al pecho, y el 51,5% recibía algo de lactancia materna. A los 6 meses, estas tasas disminuyeron hasta el 13,3 y el 31,5%, respectivamente. Al año de vida, el 16,1% de los lactantes recibía algo de leche materna. Los niños negros no hispanos presentaron las tasas de lactancia materna más bajas. Las tasas de lactancia materna también varían si acuden a guarderías o participan en el programa Women, Infants and Children, según el estado socioeconómico y el área geográfica de residencia.

*Conclusiones.* Aunque la tasa de inicio de la lactancia materna en los Estados Unidos está cerca del objetivo nacional del 75%, las tasas de duración de la lactancia a los 6 y a los 12 meses después del parto están bastante por debajo del objetivo nacional del 50 y 25%, respectivamente. Además, las tasas de lactancia materna exclusiva son bajas. Se requiere un enorme esfuerzo de salud pública para mejorar la conducta con respecto a la lactancia materna, espe-

cialmente entre las mujeres de raza negra no hispanas y en los grupos socioeconómicamente desfavorecidos. *Pediatrics*. 2005;115:e31-e37.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0481](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0481)

**RESUMEN. Asociación entre la presencia de niños en el hogar y la posesión y el almacenamiento de armas de fuego.** Susan M. Connor, PhD. *Objetivo.* El fácil acceso de los niños americanos a las armas de fuego contribuye a tasas elevadas de lesiones relacionadas con ellas. El conocimiento de los factores que influyen en las decisiones sobre su almacenamiento es fundamental para la prevención. En el presente estudio se examinó la influencia de la geografía y la presencia de niños menores de 16 años de edad en el hogar sobre las decisiones con respecto a la posesión y el almacenamiento de armas de fuego de los residentes en el noreste de Ohio.

*Métodos.* El análisis se basó en 522 respuestas a una encuesta telefónica al azar en domicilios urbanos y rurales del noreste de Ohio. Se valoraron las correlaciones entre 4 variables dependientes (posesión de armas de fuego, tipo de arma de fuego, motivos para su posesión y almacenamiento) y 2 variables independientes (geografía y presencia de niños en la casa) empleando la *odds ratio* y la regresión logística multinomial.

*Resultados.* Las armas de fuego fueron más frecuentes de forma significativa en los domicilios rurales (31%) que en los urbanos (13%). El 22% de los poseedores de armas afirmó que todas tenían puesto el seguro o que las guardaban cerradas en cajas fuertes, cajones o armarios para armas; el 12% manifestó que guardaba las armas sin cerrar y cargadas o junto a la munición. La mayoría de los poseedores de armas de fuego (66%) manifestó que guardaba todas las armas de fuego no cerradas, descargadas y separadas de la munición. Los respondedores rurales sin niños presentaron una probabilidad aproximadamente doble de tener armas cortas en comparación con los que tenían niños, pero la presencia de niños no influyó en la posesión de armas largas. En el grupo urbano, la presencia de niños no se correlacionó con la probabilidad de poseer armas de fuego. La presencia de niños en el hogar no se halló asociada de forma significativa con tasas más elevadas de almacenamiento seguro de las armas de fuego en ambos grupos.

*Conclusiones.* Los presentes resultados ilustran lo inadecuado de las intervenciones no ajustadas y destacan la necesidad de conocer mejor el razonamiento de los poseedores de armas de fuego sobre los niños y las armas para diseñar e implementar intervenciones efectivas. Los médicos y otras personas interesadas en reducir la exposición pediátrica a las armas de fuego no pueden ser mensajeros creíbles sobre los temas de seguridad de las armas si no pueden demostrar que conocen las cuestiones desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. *Pediatrics*. 2005;115:e38-e43.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1105](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1105)

**RESUMEN. Diferencias étnicas en la mortalidad neonatal y posneonatal.** Nancy A. Hessol, MSPH, y Elena Fuentes-Afflick, MD, MPH. *Objetivo.* Las diferencias étnicas en la mortalidad infantil se han documentado de forma consistente en Estados Unidos, pero estas diferencias están poco explicadas. Aunque la tasa de mortalidad infantil en Esta-

dos Unidos ha disminuido hasta cifras bajas récord, desde 1971 la diferencia étnica entre los niños de raza blanca y de raza negra ha permanecido inalterada o ha aumentado. En 2001, la tasa de mortalidad infantil entre los niños de raza negra era, aproximadamente, 2,5 veces más elevada que la tasa entre los niños de raza blanca y los hispanos. El objetivo del presente estudio consistió en identificar las diferencias étnicas en la mortalidad neonatal y posneonatal, además de las causas y los factores de riesgo en los niños nacidos en California.

*Métodos.* Se llevó a cabo un análisis secundario de 1.277.393 recién nacidos de embarazo simple de mujeres negras, latinas y blancas a partir del certificado de mortalidad de recién nacidos asociado desde 1995 a 1997. Las variables dependientes fueron la muerte del niño (definido como un niño que muere en el primer año de vida [muerte < 365 días]), muerte neonatal (muerte durante los primeros 27 días de vida) o muerte posneonatal (muerte entre los 28 y los 364 días de vida). Se calcularon las tasas de mortalidad infantil neonatal y posneonatal específicas por causas (por 100.000 nacidos vivos) para cada grupo étnico. Se utilizó la prueba de la  $\chi^2$  y pruebas estadísticas exactas para comparar la distribución de las características maternas y del niño y las tasas de causa de la muerte según la etnia. Se utilizó un análisis de regresión logística para calcular las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para estimar la correlación entre la etnia materna, los factores de la madre y el niño y el riesgo de mortalidad infantil.

*Resultados.* Tanto en el período neonatal como en el posneonatal, las mujeres de raza negra presentaron las tasas de mortalidad infantil más elevadas que las mujeres latinas o de raza blanca por enfermedades que se originan en el período perinatal (incluyendo el síndrome de dificultad respiratoria) y síntomas, signos y cuadros mal descritos (incluyendo el síndrome de la muerte súbita del lactante). Después de proceder a un ajuste con respecto a las características maternas y del niño, no se observaron diferencias étnicas significativas de la mortalidad neonatal. Con respecto a la mortalidad posneonatal, las mujeres de raza negra presentaron un riesgo más elevado (OR = 1,25; IC del 95%, 1,10-1,41) y las mujeres latinas presentaron un riesgo menor (OR = 0,80; IC del 95%, 0,71-0,89) en comparación con las mujeres de raza blanca después de proceder al ajuste con respecto a los factores de la madre y el niño. En el análisis de todos los grupos étnicos combinados, además del análisis específico de etnia, los predictores más fuertes de muerte neonatal y posneonatal fueron el peso del niño al nacer inferior a 2.499 g y la edad gestacional inferior a 33 semanas.

*Conclusiones.* Las causas de la mortalidad infantil y los factores de riesgo para ésta son diferentes según la etnia materna, lo que indica la necesidad de adaptar los esfuerzos de prevención y educación, especialmente durante el período posneonatal. Para conseguir los objetivos nacionales de mortalidad infantil, los profesionales sanitarios y los políticos deben seguir destacando la importancia de la atención prenatal temprana y continua, y el desarrollo de nuevas estrategias para reducir la incidencia del bajo peso al nacer y de la prematuridad. Los planteamientos específicos de cada etnia pueden ser necesarios para reducir después las tasas de mortalidad infantil y conseguir nuestro objetivo nacional para eliminar las diferencias étnicas en los resultados perinatales. *Pediatrics* 2005;115:e44-e51.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0478](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0478)

**RESUMEN. Niños con hipotiroidismo congénito y sus hermanos: ¿se diferencian realmente?** Joanne F. Rovet, PhD. *Objetivo.* Aunque típicamente se describe un resultado favorable en los estudios de seguimiento de los niños con hipotiroidismo congénito (HC) identificados mediante el cribado neonatal, todavía se comunican casos con disminuciones del cociente intelectual (CI) y con deficiencias cognitivas persistentes. Estos hallazgos se justifican por variables de la enfermedad y el tratamiento además de factores metodológicos que incluyen la elección de un grupo de comparación. Aunque los hermanos son ideales porque sirven de control de las influencias genéticas y ambientales, por definición tienen edades diferentes cuando se estudian, lo que también puede introducir un sesgo. En el presente estudio se procedió al control de seguimiento de niños con HC y sus hermanos durante un período ampliado, por lo que existió una serie de ocasiones en las que ambos grupos fueron estudiados a la misma edad. El objetivo del estudio consistió en comparar los resultados de los niños con HC y sus hermanos no afectados a la misma edad y con la misma prueba.

*Métodos.* La muestra consistió de 42 niños con HC detectado entre 1975 y 1985 y sus 42 hermanos, todos ellos estudiados con las pruebas de inteligencia de McCarthy o la Weschler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R). Diecinueve parejas de niños fueron estudiados a los 6 años con el McCarthy y 30 parejas fueron valoradas a los 7 o 9 años con el WISC-R. En los niños con HC se registró la etiología de la enfermedad, la edad ósea y los valores de tiroxina en el momento del diagnóstico, la edad al inicio del tratamiento y la dosis de entrada de levotiroxina.

*Resultados.* Las pruebas de t emparejadas revelaron que el grupo con HC presentó puntuaciones más bajas que los hermanos en 8,1 puntos de CI con el McCarthy y de 6,2 puntos con el WISC-R. Los factores que contribuyeron al tamaño de la diferencia del CI entre los niños con HC y sus hermanos fueron: a) la etiología del hipotiroidismo, que refleja las mayores diferencias en los que presentan atireosis o una glándula ectópica frente a la dismorfogénesis, y b) la dosis de entrada de levotiroxina, que demuestra menores diferencias entre los niños con HC y sus hermanos en los tratados inicialmente con  $\geq 8,2$   $\mu\text{g/kg}$  al día que los tratados con dosis iniciales más bajas. No se observaron efectos de la edad ósea, los valores de tiroxina en el momento del diagnóstico o la edad al inicio del tratamiento.

*Conclusiones.* Los niños con HC tratados precozmente en la vida debido al cribado neonatal pueden presentar una reducción del CI en relación con sus hermanos. *Pediatrics.* 2005;115:e52-e57.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1492](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1492)

**RESUMEN. Mielomeningocele, patrones de carácter y percepciones paternas.** Behroze Vachha, PhD, y Richard Adams, MD. *Objetivo.* La descripción de los perfiles del carácter de los niños ha sido ampliamente comunicada en poblaciones en desarrollo. Los niños se someten a valoraciones individualizadas del rendimiento (del desarrollo/académico) y reciben intervenciones individualizadas. Por el contrario, sus estilos de conducta individuales no son valorados de forma tan completa, o no lo son en absoluto. Para los niños con trastornos del desarrollo, la descripción de las características de su carácter puede propor-

cionar una mejor comprensión de un niño que ya es complejo. En el presente estudio se describen las características del carácter en un grupo de niños con mielomeningocele y derivación por hidrocefalia (MM/DH).

*Métodos.* En un programa interdisciplinario de espina bífida de tercer nivel y adscrito a una universidad, se llevó a cabo un estudio de cohorte consecutivo con un grupo control histórico para determinar las características del carácter. El análisis incluyó la comparación de los grupos. Los cuidadores primarios de 46 niños (intervalo de edad, 5-12 años) con MM/DH cumplieron cuestionarios Carey Temperament Scales adecuados para la edad como parte de un estudio del desarrollo más amplio. Los Carey Temperament Scales incluyen una serie de instrumentos de calificación de la conducta que valoran 9 rasgos del carácter: actividad, adaptabilidad, acercamiento-rechazo, humor, intensidad, atención/persistencia, distracción, umbral sensorial y ritmicidad/predictibilidad. Los cuestionarios Carey utilizados en el presente estudio fueron: a) el Behavioral Style Questionnaire para los niños entre 5 y 7 años de edad, y b) el Middle Childhood Temperament Questionnaire para los niños entre 8 y 12 años de edad. Ambos cuestionarios valoran las mismas características del carácter; los contextos en los que se puntúa cada aspecto se han diseñado para reflejar mejor los grados de desarrollo. Se excluyó a los niños con diagnósticos asociados de trastorno de hiperactividad y déficit de la atención o retraso mental.

*Resultados.* Las pruebas normales de una muestra (corrección de Bonferroni) demostraron que el grupo de niños con MM/DH se diferenciaba de forma significativa de la población estándar en cinco dimensiones: a) adaptabilidad (menos adaptable); b) acercamiento/rechazo (primer acercamiento pobre/mayor rechazo); c) distracción (más fácil de distraer); d) atención/persistencia (menos atento/persistente), y e) predictibilidad/ritmo (menos predecible). Las percepciones del cuidador de tener un niño difícil de manejar se correlacionaron de forma significativa con un humor negativo, más intensidad de respuesta y menos adaptabilidad.

*Conclusiones.* Los perfiles del carácter descritos previamente en poblaciones típicamente en desarrollo (p. ej., "niño fácil" o "niño difícil") no son perfiles destacados en este grupo de niños con MM/DH. Una constelación de características del carácter no identificadas habitualmente puede suponer para estos niños un riesgo de contribuir y de recibir malas interpretaciones de cuestiones sociales y pueden tener implicaciones para un aprendizaje con éxito en el medio académico, doméstico/comunitario y médico. *Pediatrics.* 2005;115:e58-e63.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0797](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0797)

**RESUMEN. Evaluación de una nueva determinación transcutánea combinada de  $\text{PaCO}_2$ /saturación de oxígeno mediante pulsioximetría con sensor auricular en pacientes recién nacidos.** Vera Bernet-Buettiker, Maria J. Ugarte, Bernhard Frey, Maja Isabelle Hug, Oskar Baenziger, y Markus Weiss. *Objetivo.* La saturación arterial de oxígeno ( $\text{SaO}_2$ ) y la presión parcial de dióxido de carbono ( $\text{PaCO}_2$ ) son dos de los más importantes parámetros respiratorios en el tratamiento de los recién nacidos críticos. Es deseable la monitorización no invasiva de estos parámetros para la estimación continua del estado respiratorio y la re-

ducción de la pérdida de sangre debido a los análisis repetidos de los gases sanguíneos. La determinación transcutánea de la  $\text{PaCO}_2$  ( $\text{PtcCO}_2$ ) representa una técnica sencilla y no invasiva para la monitorización continua de la ventilación. Sin embargo, la preparación del sensor, su colocación, la fijación y los cambios repetidos de localización hacen que la manipulación sea difícil y complica su uso en la unidad de cuidados neonatales. Recientemente, se ha presentado un nuevo sensor para la valoración combinada de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría ( $\text{SpO}_2$ ) y la  $\text{PtcCO}_2$  (TOSCA Monitor; Linde Medical Sensors, Basilea, Suiza). El monitor combina la determinación de pulsioximetría y de  $\text{PtcCO}_2$  en un único sensor auricular, que trabaja a  $42^\circ\text{C}$  para favorecer el flujo sanguíneo a los capilares situados bajo el sensor.

**Métodos.** Se probó el nuevo sensor auricular para la valoración combinada de la  $\text{SpO}_2$  y la  $\text{PtcCO}_2$  a  $42^\circ\text{C}$  en un estudio prospectivo, abierto y sin distribución al azar en 60 recién nacidos patológicos. El sensor se adaptó a la oreja del recién nacido con cinta adhesiva Varihesive (Conva Tec; Princeton, NJ). Los datos obtenidos por el sensor auricular se compararon con la  $\text{SpO}_{2\text{dedo/talón}}$ , la  $\text{SaO}_2$  y la  $\text{PaCO}_2$  obtenidas en una gasometría arterial en 30 pacientes y con una gasometría capilar en otros 30, empleando el análisis de sesgo de Bland Altman. Los datos se presentan como mediana (intervalo).

**Resultados.** La edad posconcepcional de los pacientes fue de 38,3 semanas (intervalo, 28 5/7-40 5/7) en el grupo arterial y 37,9 semanas (intervalo, 29 6/7-41 0/7) en el grupo capilar. La edad de los recién nacidos estudiados fue de 3,5 días (intervalo, 1-28) en el grupo de la muestra de sangre arterial ( $n = 30$ ) y de 6 días (intervalo, 2-28) en el grupo de la muestra de sangre capilar ( $n = 30$ ). El peso de los pacientes fue de 3,02 kg (intervalo, 1,5-4,5) en el grupo arterial y de 2,76 kg (intervalo, 1,0-3,71) en el otro grupo. Tres pacientes presentaron pesos inferiores a 1.500 g. Veintuno de los 60 pacientes fueron ventilados convencionalmente, 4 recibieron ventilación oscilatoria de alta frecuencia y 35 no fueron ventilados. La diferencia media (sesgo) y la precisión (2 desviaciones estándar [DE] de la diferencia media) entre la  $\text{PtcCO}_{2\text{TOSCA}}$  y la  $\text{PaCO}_2$  fue de  $-0,44\text{ kPa}$  ( $-3,21\text{ mmHg}$ ) y de  $0,82\text{ kPa}$  ( $6,02\text{ mmHg}$ ) y entre la  $\text{PtcCO}_{2\text{TOSCA}}$  y la  $\text{PcapCO}_2$  fue de  $-0,09\text{ kPa}$  ( $-0,67\text{ mmHg}$ ) y  $1,11\text{ kPa}$  ( $8,07\text{ mmHg}$ ), respectivamente. La valoración de la  $\text{SpO}_2$  mediante el TOSCA demostró valores discretamente superiores en comparación con la  $\text{SaO}_2$  (sesgo,  $-0,48\%$ ), mientras que los valores de la  $\text{SpO}_{2\text{dedo/talón}}$  fueron discretamente más bajos en comparación con la  $\text{SaO}_2$  (sesgo,  $0,52\%$ ).

**Conclusiones.** El monitor TOSCA con el sensor auricular adaptado a las orejas de los recién nacidos permite una estimación fiable de la  $\text{SaO}_2$  y la  $\text{PaCO}_2$ . Un beneficio potencial es la reducción de los artefactos por movimientos debido a que hay menos movimiento de la cabeza en los recién nacidos y a que sólo hay un cable que va del paciente al monitor. Además, el sensor no se retira para realizar una radiografía de tórax o para los cuidados de enfermería del recién nacido mientras lo sostienen sus padres. Se necesitan estudios a largo plazo en una población amplia con determinaciones continuas para confirmar estos hallazgos preliminares y aclarar los beneficios de la detección del deterioro respiratorio y los posibles efectos secundarios de este sensor. *Pediatrics*. 2005;115:e64-e68.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0946](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0946)

**RESUMEN. Utilización de esmalte fluorado en la asistencia primaria: ¿qué opinan los profesionales?** Charlotte Lewis, MD, Heather Lynch, MD, y Laura Richardson, MD, MPH. **Objetivo.** Una serie de programas Medicaid estatales, incluyendo Washington, reembolsa a los pediatras y a otros profesionales de la asistencia sanitaria pediátrica por aplicar esmalte fluorado, un agente preventivo de la caries, a los dientes de pacientes elegibles. Se desconocen los factores que favorecen o dificultan la difusión del esmalte fluorado en las consultas de los médicos de asistencia primaria (MAP). El objetivo del presente estudio consistió en realizar una valoración de casos a fondo sobre la difusión del esmalte fluorado en 12 consultas pediátricas, de medicina de familia y de enfermería que recibieron entrenamiento sobre este método.

**Métodos.** Se dirigieron grupos con profesionales y personal de plantilla en 12 consultas médicas de base comunitaria que recibieron entrenamiento sobre la aplicación de esmalte fluorado en los 18 meses anteriores. Los temas de discusión incluyeron cómo el personal de la consulta ha aprendido y cómo considera el entrenamiento sobre el esmalte fluorado, el papel percibido del MAP en salud oral, problemas de salud oral en la consulta, detalles específicos sobre el entrenamiento y factores logísticos y organizativos que favorecen o dificultan la adopción del método. Estos grupos fueron grabados en audio y fueron transcritos por profesionales; el análisis del contenido de las transcripciones fue dirigido por los 3 autores.

**Resultados.** Surgieron 3 temas principales sobre el proceso de difusión del esmalte fluorado: factores preexistentes, comunicación y logística. Entre los factores preexistentes, los MAP han aprendido sobre el esmalte fluorado a través de actividades relacionadas con su implicación en salud pública y están influenciados a participar en el entrenamiento por su preocupación acerca de la salud oral de sus pacientes y la dificultad para poder acceder a la atención dental profesional. Entre los factores de comunicación identificados como importantes se encontró la calidad de la sesión de entrenamiento y la comunicación que se ha producido en la consulta sobre el esmalte fluorado. Cuando el personal está implicado en la toma de decisiones acerca del esmalte fluorado y en el proceso de planificación, es más probable que la consulta consiga implementar el esmalte fluorado. Los factores logísticos incluyeron sistemas que se usan para identificar y captar a los pacientes elegibles para la aplicación de esmalte fluorado. Otros factores logísticos importantes que se tuvieron en cuenta fueron la división del trabajo y el momento de la aplicación del esmalte fluorado durante la visita. El acceso a la atención dental es un tema persistente en las discusiones de grupo que ha tenido un impacto en los otros 3 temas principales.

**Conclusiones.** El esmalte fluorado se puede adoptar con éxito en la consulta médica dados el compromiso y la postura abierta del MAP y del personal, el entrenamiento que deja a los participantes motivados, los sistemas apropiados y los recursos para la derivación para atención dental profesional. Además, la implicación del MAP en el esmalte fluorado ofrece la oportunidad de comentar la salud oral preventiva con las familias. Se ofrecen recomendaciones específicas para favorecer la difusión del esmalte fluorado en otras situaciones para los planificadores de programas y las consultas de los MAP. *Pediatrics*. 2005;115:e69-e76.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1330](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1330)

**RESUMEN. La hipnosis reduce las molestias y la duración de un procedimiento médico invasivo en los niños.** Lisa D. Butler, PhD, Barbara K. Symons, BA, Shelly L. Henderson, MA, Linda D. Shortliffe, MD, y David Spiegel, MD. *Objetivo.* La cistouretrografía miccional (CUMS) es un procedimiento radiológico que se practica con frecuencia en los niños y que puede resultar doloroso y aterrador. Debido al malestar que algunos niños experimentan durante la CUMS y la necesidad de que los niños estén despiertos y colaboren durante el procedimiento, es claramente deseable encontrar una intervención psicológica que ayude a los niños a enfrentarse a la ansiedad, el malestar y el dolor. El presente estudio se diseñó para examinar si la relajación y la analgesia proporcionada por la hipnosis pueden reducir el malestar y la duración del procedimiento en los niños.

*Métodos.* Un total de 44 niños programados para una próxima CUMS fueron distribuidos al azar para recibir hipnosis ( $n = 21$ ) o asistencia habitual ( $n = 23$ ) durante la realización del procedimiento. La muestra estuvo formada por 29 (66%) mujeres y 15 (34%) varones con una edad media de 7,6 años (desviación estándar [DE], 2,5; intervalo, 4-15 años). Los antecedentes raciales fueron: un 72,7% de raza blanca, un 18,2% de asiáticos, un 4,5% de latinos, un 2,3% de raza negra y un 2,3% de filipinos. El número promedio de CUMS anteriores fue de 2,95 (DE, 2,51; moda, 2; intervalo, 1-15). Los posibles participantes fueron identificados a partir de registros hospitalarios informatizados de CUMS programadas. Se contactó por teléfono con los padres y se les invitó a participar cuando su hijo resultó elegible. Para ello, el niño debía haber sido sometido previamente por lo menos a una CUMS, había de tener, como mínimo, 4 años de edad en este momento y tenía que haber experimentado malestar durante el procedimiento previo, y tanto el niño como el padre que participaron tenían que hablar inglés. Cada niño elegible y su padre fueron entrevistados por el ayudante de la investigación (AI) antes del día en que estaba programado el procedimiento para una valoración inicial. Se preguntó a los niños el grado de llanto, miedo y dolor que experimentaron durante la CUMS más reciente a la que habían sido sometidos. Los padres contestaron a una serie de preguntas paralelas. Inmediatamente después de esta valoración, los que fueron distribuidos al azar al grupo de tratamiento participaron en una sesión de entrenamiento de hipnosis. En día de la CUMS, el AI se reunió con la familia en la consulta antes del procedimiento y tanto el niño como el padre puntuaron el grado actual de temor. Durante el procedimiento, el AI registró puntuaciones observacionales del tono emocional y la conducta del niño y apuntó los tiempos del procedimiento global y de sus fases. Inmediatamente después de la CUMS, se preguntó al niño cuánto llanto, miedo y dolor había experimentado durante el procedimiento; el padre puntuó la experiencia del niño con respecto a las mismas dimensiones y también cuán traumático había sido el procedimiento (tanto generalmente como en comparación con el anterior) y el personal médico puntuó el grado de dificultad del procedimiento. Los que fueron distribuidos al azar para la hipnosis recibieron una sesión de entrenamiento de una hora en imágenes visuales autohipnóticas por parte de un terapeuta entrenado. Los padres y los niños fueron instruidos para practicar empleando el procedimiento de autohipnosis imaginativa varias veces al día en la preparación del próximo procedimiento. El terapeuta también estuvo presente durante el procedimiento

para dirigir ejercicios similares con el niño. La mayoría (83%) de los niños que fueron distribuidos al azar al grupo de control con asistencia habitual eligieron participar en un programa de terapia recreativa organizado por el hospital (ofrecido como parte de la asistencia habitual). El programa incluyó una demostración del procedimiento con muñecos, relajación y entrenamiento del trabajo respiratorio, y ayuda durante el procedimiento. Los resultados incluyeron las descripciones de los niños del malestar durante el procedimiento, los informes de los padres sobre cuán traumática había sido la CUMS actual en comparación con la anterior, las puntuaciones del malestar por parte del observador durante el procedimiento, los informes del personal médico sobre la dificultad del procedimiento global y el tiempo de duración total del mismo.

*Resultados.* Los resultados indicaron beneficios para el grupo de hipnosis en comparación con el grupo con asistencia habitual en las 4 áreas siguientes: a) los padres de los niños del grupo de hipnosis comunicaron que el procedimiento fue menos traumático para los niños de forma significativa en comparación con el procedimiento de la CUMS previa y en comparación con los del grupo de asistencia habitual; b) las puntuaciones observacionales de los grados de malestar típicos durante el procedimiento fueron menores de forma significativa en los niños con hipnosis en comparación con los niños con asistencia habitual; c) el personal médico comunicó una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la dificultad global para llevar a cabo el procedimiento, y encontraron menos dificultades en el grupo con hipnosis, y d) el tiempo total del procedimiento fue significativamente más corto, en casi 14 min, en el grupo con hipnosis en comparación con el grupo con asistencia habitual. Se obtuvieron tamaños de efecto de moderados a grandes en cada uno de los 4 resultados.

*Conclusiones.* La relajación hipnótica puede representar un método sistemático para mejorar la asistencia médica global de los niños con anomalías del tracto urinario y puede resultar beneficiosa para los niños que son sometidos a otros procedimientos médicos invasivos. La CUMS es una parte esencial de la evaluación de las infecciones del tracto urinario y del reflujo vesicoureteral en los niños, por lo que un malestar menor durante el procedimiento puede mejorar el cumplimiento del paciente y su familia en las evaluaciones inicial y de seguimiento. Estos hallazgos aumentan la bibliografía acumulada que demuestra los beneficios del empleo de la hipnosis para reducir el malestar en el caso pediátrico. Estos hallazgos son destacados porque el presente estudio fue un ensayo y controlado aleatorizado en una situación médica real. En este contexto, se consiguió una convergencia de resultados subjetivos y objetivos con tamaños de efecto de moderados a grandes, incluyendo los que pueden tener un impacto sobre la asistencia al paciente y el coste del procedimiento, que apoyan de forma consistente los efectos beneficiosos de la hipnosis —una intervención no invasiva con un riesgo mínimo. Sin embargo, los hallazgos tienen implicaciones inmediatas para la asistencia pediátrica. Las limitaciones de este estudio incluyen la falta de ciego en el participante y el personal sobre la asignación del niño a una u otra rama, lo que puede haber introducido un sesgo en las declaraciones. Sin embargo, las diferencias objetivas en el tiempo de duración del procedimiento entre los grupos son compatibles con los otros resultados, más subjetivos. La mues-

tra también es pequeña y, principalmente, de origen étnico/racial blanco, lo que puede haber limitado la capacidad para detectar algunas diferencias y puede limitar la generalización de los hallazgos a muestras más representativas. Además, la muestra incluyó a niños que ya habían sido sometidos por lo menos a una CUMS durante la cual habían tenido dificultades. En consecuencia, se necesitan nuevos estudios para determinar si la hipnosis podría ser útil para los niños que se someten a su primera CUMS. También se comentan otras limitaciones, observaciones clínicas y guías para la investigación futura. *Pediatrics*. 2005;115:e77-e85.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0818](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0818)

**RESUMEN. Pestañas largas en una serie de casos de 93 niños con queratoconjuntivitis primaveral.** Neri Pucci, MD, Elio Novembre, MD, Enrico Lombardi, MD, Cristina Massi, MD, Roberto Bernardini, MD, Roberto Caputo, MD, Luciana Campa, MD, Cinzia de Libero, MD, y Alberto Vierrucci, MD. *Objetivo.* La queratoconjuntivitis primaveral (QCP) es una conjuntivitis crónica que afecta a los niños principalmente en áreas templadas, con reagudizaciones en primavera y verano. Las pestañas proporcionan una protección natural de los ojos frente a la luz solar, el viento y los cuerpos extraños. Estos factores inducen un agravamiento de los signos y síntomas de la QCP, mientras que la protección mecánica de los ojos ofrece alivio. El objetivo del presente estudio consistió en valorar la longitud de las pestañas en una gran serie de pacientes con QCP y en sujetos sanos emparejados por edad y sexo.

*Métodos.* Se determinó la longitud de las pestañas superiores en 93 pacientes con QCP (edad media, 8,7 años; intervalo, 4-18 años) con un calibrador digital. Se valoró la historia, la forma clínica, el tipo de presentación, el grado de gravedad y el tratamiento farmacológico. Se realizaron pruebas cutáneas y determinación sérica de inmunoglobulina específica frente a alérgenos comunes, inmunoglobulina E sérica total, recuento de eosinófilos en sangre periférica y proteína catiónica eosinofílica sérica. Se realizó la misma medición de las pestañas a 2 sujetos de control emparejados por edad y sexo por cada paciente con QCP.

*Resultados.* Las pestañas superiores fueron significativamente más largas en los pacientes con QCP que en los de control (media  $\pm$  desviación estándar,  $8,9 \pm 1,17$  mm frente a  $7,9 \pm 1,07$  mm). En los sujetos sanos, se observó una correlación negativa entre la longitud de las pestañas y la edad. Con un análisis de variables múltiples, al contrario que en los sujetos sanos, la longitud de las pestañas en los pacientes con QCP no se correlacionó con la edad, se correlacionó positivamente con el grado de gravedad de la QCP y se correlacionó negativamente con el empleo de ciclosporina tópica.

*Conclusiones.* Los pacientes con QCP presentan pestañas más largas que los sujetos sanos emparejados. La inflamación ocular, por mediadores químicos desconocidos, es responsable probablemente del excesivo crecimiento de las pestañas. El hallazgo puede representar un mecanismo de defensa contra agentes físicos que podrían tener un papel fundamental en la etiopatogenia de esta enfermedad. *Pediatrics*. 2005;115:e86-e91.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1555](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1555)

**RESUMEN. Enfermedad de Kikuchi en niños asiáticos.** Hsin-Ching Lin, MD, FARS, Chih-Ying Su, MD, y Shun-Chen Huang, MD. *Objetivo.* La enfermedad de Kikuchi (EK), o linfadenitis necrosante histiocitaria, es una forma única de linfadenitis autolimitada y que afecta típicamente a las regiones de la cabeza y el cuello. Suele aparecer en adultos jóvenes y tiene una predilección por las mujeres. El objetivo del presente estudio consistió en revisar la experiencia institucional de los autores en la EK en niños durante un período de 16 años.

*Métodos.* Entre enero de 1986 y mayo de 2002, un total de 23 pacientes menores de 16 años de edad fueron sometidos a biopsias de un ganglio linfático cervical con un diagnóstico de EK. Se comentan los signos clínicos, valores de laboratorio, parámetros patológicos, características específicas de estos pacientes pediátricos y resultados del seguimiento a largo plazo. El promedio del período de seguimiento es de 8 años.

*Resultados.* Se observó a 8 mujeres y a 15 varones con edad media de 12,8 años. Los 23 pacientes presentaron una afección de los ganglios linfáticos cervicales localizados en el triángulo cervical posterior, y 2 casos presentaron, además, afección de los ganglios del triángulo anterior. Los ganglios linfáticos cervicales se hallaron afectados de forma unilateral en el 82,6% (19 casos) y de forma bilateral en el 17,4% (4 casos) de estos pacientes. Las dimensiones de los ganglios linfáticos afectados fueron de entre 0,5 y 3 cm (el 52,2%; 12 de 23) y de entre 3 y 6 cm (el 39,1%; 9 de 23). En 2 (8,7%) pacientes, el tamaño de los ganglios linfáticos alcanzó más de 6 cm. Se observó una leucocitopenia en 5 (21,7%) pacientes y fiebre en 7 (30,4%). Un niño con EK desarrolló un lupus eritematoso sistémico 5 años después. La linfadenopatía cervical suele resolverse por sí sola sin tratamiento médico en 6 meses después de hacer el diagnóstico definitivo. No se observaron recidivas ni EK persistente.

*Conclusiones.* La EK, aunque es rara, debe formar parte del diagnóstico diferencial de las adenopatías cervicales posteriores en los niños, especialmente en pacientes de origen asiático. En la presente serie pediátrica, la EK demostró tener un predominio masculino, que contrasta con la serie de adultos descrita previamente que demostró un predominio femenino. Los niños con EK precisan una revisión sistémica y un seguimiento periódico durante varios años para detectar la aparición de un lupus eritematoso sistémico. *Pediatrics*. 2005;115:e92-e96.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0924](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0924)

**RESUMEN. Un proceso para desarrollar un consenso comunitario sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de hiperactividad/déficit de la atención.** Jane Meschan Foy, MD, y Marian F. Earls, MD. Siguen existiendo grandes discrepancias entre los patrones de la práctica de los pediatras y las pautas de la American Academy of Pediatrics (AAP) para la valoración y el tratamiento de los niños con trastorno de hiperactividad/déficit de la atención (THDA). Varios estudios plantean problemas adicionales sobre el acceso al tratamiento del THDA para las niñas, los sujetos de raza negra y los individuos pobres. Pueden existir barreras a múltiples niveles, incluyendo la identificación y la derivación por parte del personal escolar, la conducta de búsqueda de ayuda de los padres, el diagnóstico por parte del profesional médico, las decisiones terapéuticas y la

aceptación del tratamiento. Estos estudios confirman la importancia de establecer mecanismos apropiados para garantizar que los niños de ambos sexos y de todos los grupos socioeconómicos, raciales y étnicos, reciban una valoración y un tratamiento adecuados. La publicación del manual del THDA de la AAP proporciona recursos para ayudar a la implementación de las pautas del THDA en la práctica clínica. Estos recursos solventan una serie de barreras para la implementación en la consulta, incluyendo la falta de familiaridad con los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dificultades para identificar las patologías asociadas y conocimiento inadecuado de las prácticas de codificación efectivas. También es crucial para el éxito de los procesos mejorados dentro de la práctica clínica el establecimiento de la colaboración comunitaria en la asistencia, especialmente la colaboración con el sistema educativo. Esta colaboración es esencial para resolver otras barreras para una asistencia correcta, como las presiones por parte de los padres y las escuelas para prescribir estimulantes, los sesgos culturales que pueden evitar que las escuelas evalúen a los niños con THDA o pueden evitar que las familias busquen asistencia sanitaria, e inconsistencias en el reconocimiento y la derivación por parte de las escuelas en el mismo sistema. La colaboración puede crear también eficiencias en la recogida de datos y en la comunicación escuela-médico, con lo que disminuyen los elementos de la asistencia que no son cara a cara (y, por tanto, no pagables). El presente artículo describe un proceso empleado en el condado de Guilford, Carolina del Norte, para desarrollar un consenso entre los profesionales de la asistencia sanitaria, educadores y defensores de los niños con respecto a la valoración y el tratamiento de los niños con síntomas de THDA. El resultado, es decir, un protocolo comunitario seguido por el personal de la escuela y los médicos comunitarios durante más de 10 años, garantiza la comunicación y la colaboración entre educadores y médicos en la valoración y el tratamiento de los niños con síntomas de THDA. Este protocolo presenta la posibilidad de aumentar la eficiencia práctica, mejorar los patrones de la práctica para los niños con THDA y favorecer la identificación de los niños en las escuelas. Quizá aún más importante es que el proceso comunitario con que se ha desarrollado e implementado el protocolo tiene un componente educativo que aumenta el conocimiento del personal escolar sobre el THDA y su tratamiento, lo que incrementa la probabilidad de que las derivaciones sean apropiadas y aumenta la probabilidad de que los niños se beneficien de la coordinación de las intervenciones entre el personal escolar, los médicos y los padres. El protocolo refleja un consenso del personal escolar y los profesionales de la asistencia sanitaria comunitaria con respecto a lo siguiente: *a)* principios de valoración y tratamiento ideal del THDA; *b)* un punto de entrada común (un equipo) en las escuelas para los niños que requieren valoración a causa de falta de atención o problemas de conducta en la clase, si los problemas se presentan primero a un profesional médico, el sistema de salud conductual o la escuela; *c)* un protocolo seguido por el sistema escolar, que reconoce las limitaciones de la fuente de las escuelas pero satisface las necesidades de los profesionales de la asistencia en salud comunitaria para las observaciones en la clase, pruebas psicoeducativas, escalas de puntuación de la conducta para padres y maestros y valoración funcional; *d)* un paquete de información sobre cada niño que está determinado para precisar valoración médica; *e)* una persona o un equipo de con-

tacto en la consulta de cada médico para recibir el paquete de la escuela y dirigirlo al médico apropiado; *f)* un proceso de valoración que investiga las patologías asociadas y aplica los criterios diagnósticos adecuados; *g)* intervenciones basadas en pruebas; *h)* procesos de control del seguimiento de los niños después de establecer un plan de tratamiento; *i)* papeles de los participantes centrales (personal de la escuela, médicos, enfermeras escolares y profesionales de salud mental); *j)* formularios para recoger e intercambiar información en cada etapa; *k)* procesos y contactos clave para el flujo de la comunicación en cada etapa, y *l)* un plan de formación para la escuela y los profesionales de la asistencia sanitaria sobre los nuevos procesos. Una réplica del proceso comunitario, iniciado en el condado de Forsyth, Carolina del Norte, en 2001, ofrece una visión del papel de las pautas sobre el THDA de la AAP para facilitar el desarrollo de un protocolo consensuado comunitario. Esta réplica también presta atención a las barreras de identificación y derivación en la escuela. Las siguientes recomendaciones, extraídas de los 2 procesos comunitarios, describen un papel para los médicos en la asistencia comunitaria colaborativa de los niños con THDA: *a)* conseguir un consenso con el sistema escolar con respecto a contemplar el papel del personal escolar en la recogida de datos de los niños con problemas de aprendizaje y de conducta. Los componentes que se deben tener en cuenta son el cribado de la visión y de la audición, las historias escolares/académicas, la observación en la clase por un asesor, las escalas de puntuación de la conducta de padres y maestros (p. ej., escalas de Vanderbilt, Conner o Achenbach), consideración de la evaluación del habla/lenguaje, prueba de cribado de la inteligencia, prueba de rendimiento del cribado, prueba de inteligencia y rendimiento completa si hay discrepancias aparentes en las pruebas abreviadas y los ensayos de intervenciones en la clase; *b)* emplear las visitas a la consulta pediátrica para identificar a los niños con problemas académicos o de conducta y síntomas de falta de atención (por historia o cuestionario); *c)* derivar a los niños identificados a la persona de contacto en cada escuela, recabando información de acuerdo con el consenso comunitario; *d)* designar a una persona de contacto para recibir el material escolar para la práctica; *e)* revisar el paquete de la escuela e incorporar los datos de la misma en la valoración clínica; *f)* reforzar con los padres y la escuela la necesidad de una intervención multimodal, incluyendo estrategias académicas y de estudio para la clase y el hogar, pruebas psicológicas en profundidad de los niños cuyas discrepancias entre el nivel cognitivo y el rendimiento sugieran discapacidades de aprendizaje o de lenguaje y la necesidad de un plan educativo individualizado (educación especial), la consideración de la designación "afectación de otra salud" como una vía alternativa para un plan educativo individualizado o plan 504 (adaptaciones en la clase), técnicas de modificación de la conducta para problemas de conducta concretos y ensayos terapéuticos, según esté indicado; *g)* derivar al paciente a un profesional de salud mental si la valoración sugiere la coexistencia de trastornos; *h)* emplear formularios de comunicación para compartir información diagnóstica y terapéutica, intervenciones recomendadas y planes de seguimiento con la escuela y la familia; *i)* recibir los informes de seguimiento solicitados a los maestros y los padres, y hacer ajustes en el tratamiento si está indicado por el funcionamiento del niño en áreas concretas, y *j)* mantener la comunicación con la escuela y los padres, especialmente en los momentos de transición (p. ej., principio y final del

año escolar, cambio de escuela, momentos de estrés familiar, momentos de cambio en el tratamiento, adolescencia y entrada en el instituto o en un lugar de trabajo). *Pediatrics*. 2005;115:e97-e104.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0953](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0953)

**RESUMEN. Tirototoxicosis neonatal e hipertensión pulmonar persistente que precisa soporte vital extracorpóreo.** Jon Oden, MD, e Ira M. Cheifetz, MD, FCC. Se comunica un caso de enfermedad de Graves neonatal que afecta a un niño con hipertensión pulmonar persistente (HPPN) grave asociada con tirototoxicosis neonatal que precisó oxigenación por membrana extracorpórea. El hipertiroidismo, aunque es poco frecuente en el período neonatal, se ha asociado con hipertensión pulmonar en los adultos. Los mecanismos exactos responsables de este efecto sobre la presión vascular pulmonar no están bien explicados. Estudios recientes han proporcionado pruebas de que la tirototoxicosis tiene efectos directos e indirectos sobre la maduración vascular pulmonar, el metabolismo de los vasodilatadores pulmonares endógenos, la economía de oxígeno, la reactividad de la musculatura lisa vascular y la producción de surfactante; todo ello puede contribuir al desarrollo fisiopatológico de la HPPN. Por tanto, se trata de una entidad clínica importante en los recién nacidos a término, y los síntomas de hipertiroidismo se pueden confundir inicialmente con los de otras enfermedades de base asociadas con HPPN (p. ej., sepsis), por lo que sería prudente realizar un cribado de hipertiroidismo a los recién nacidos afectados. *Pediatrics*. 2005;115:e105-e108.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0554](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0554)

**RESUMEN. Vía aérea con mascarilla laríngea para el transporte interhospitalario de recién nacidos.** Daniele Trevisanuto, Chandy Verghese, Nicoletta Doglioni, Paola Ferrarese, y Vincenzo Zanardo. El control de la vía aérea durante el transporte interhospitalario puede presentar enormes dificultades de manejo, incluso para personal experimentado. La vía aérea con mascarilla laríngea es un dispositivo de manejo de la vía aérea que se ha establecido como una herramienta fiable y segura en la práctica pediátrica y en adultos. Se comunican 2 casos de transporte interhospitalario con éxito de recién nacidos con malformaciones congénitas de la vía aérea con el empleo de la vía aérea con mascarilla laríngea, y se presenta una revisión de la literatura. *Pediatrics*. 2005;115:e109-e111.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1468](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1468)

**RESUMEN. Empiema subdural por estreptococo del grupo A como complicación de la varicela.** Rolando Ulloa-Gutierrez, MD, Simon Dobson, MD, FRCPC, y John Forbes, MBChB, FRCPC. El estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A y el *Staphylococcus aureus* son los 2 microorganismos más frecuentemente implicados en la enfermedad bacteriana invasiva secundaria después de la varicela. Se comunica el caso de una lactante de 3 meses de edad de Columbia Británica, Canadá, que al quinto día de presentar el exantema cutáneo de la varicela, presentó fiebre, convulsiones, letargia y signos claros de hipertensión intracraneal. Se demostró la existencia de un empiema subdural importante y en el líquido subdural se aisló *Streptococcus pyogenes*. Las complicaciones bacterianas del sistema nervioso central deben formar parte del diagnóstico diferencial de los lactantes y niños con varicela que presentan fiebre, letargia, convulsiones focales o hallazgos neurológicos similares. El presente caso ilustra la importancia de la vacunación universal frente a la varicela para evitar las complicaciones bacterianas asociadas a ésta. *Pediatrics*. 2005;115:e112-e114.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1336](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1336)

**RESUMEN. Respuesta inmunológica y clínica al rituximab en un niño con el síndrome opsoclonus-mioclonus.** Michael R. Pranzatelli, MD, Eñilizabeth D. Tate, FNP-C, MN, Anna L. Travelstead, BS, MT(ASCP), y Darryl Longee, MD. El síndrome opsoclonus-mioclonus (SOM) es una enfermedad autoinmune con una grave morbilidad del desarrollo neurológico y con limitadas opciones de tratamiento. Se comunica la experiencia del tratamiento de un preescolar con SOM moderadamente grave con rituximab, un anticuerpo monoclonal anticélula B. La respuesta clínica del paciente se documentó en vídeo y se puntuó según la Escala de Evaluación de la OMS. Se estudiaron las subpoblaciones linfocitarias en el líquido cefalorraquídeo mediante inmunofenotipado con citometría de flujo, con una amplia serie de anticuerpos monoclonales. La erradicación de las células B del líquido cefalorraquídeo, que previamente estaban extendidas, se asoció a una mejoría clínica espectacular. También se observaron cambios secundarios en otras subpoblaciones linfocitarias que pueden ser relevantes para la respuesta clínica y una ausencia de infecciones graves. Además de aclarar la respuesta inmunitaria a la depleción de células B, estos datos revelan una nueva terapia prometedora para el SOM que justifica un ensayo clínico de fase I. *Pediatrics*. 2005;115:e115-e119.

URL: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0845](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-0845)