

Costes laborales y económicos de la faringitis a estreptococos del grupo A

Elizabeth, PFOH, BA, Michael R. Wessels, MD,
Donald Goldmann, MD, y Grace M. Lee, MD, MPH

Resultados. Ciento treinta y cinco progenitores completaron las entrevistas desde 10/2005 hasta 1/2006. Los niños mayores tenían unas probabilidades significativamente mayores de presentarse con cefalea, en comparación con los niños ≤ 5 años. No se hallaron diferencias significativas entre los niños de distintas edades en cuanto a las tasas de odinofagia, fiebre, dolores abdominales, náuseas, vómitos o exantema. Los niños perdieron una cifra media de 1,9 días (límites 0-7 días) de asistencia a la escuela o guardería, y un 42% de los progenitores perdió una cifra media de 1,8 días de trabajo. Un segundo progenitor o cuidador perdió también una cifra media de 1,5 días en el 14% de las familias. El coste de cada caso de faringitis a estreptococos del grupo A (EGA) para la sociedad fue de 205 dólares (118 de costes médicos y 87 extra-médicos).

Conclusiones. El coste de la faringitis EGA para la sociedad es sustancial, y casi la mitad se debe a costes extra-médicos. Al extrapolalar esta diferencia, el coste total de la faringitis EGA en los niños de Estados Unidos oscila entre 224 y 539 millones de dólares anuales.

Factores de riesgo para la enfermedad por el VSR en los niños con cáncer: importancia de la linopenia y de la corta edad

Chadi M. El Saleeb, MD, Grant W. Somes, PhD,
John P. DeVincenzo, MD, y Aditya H. Gaur, MD

Resultados. Cincuenta y ocho pacientes reunieron los criterios para el estudio. Veintitrés (40%) pacientes presentaban diagnósticos subyacentes de leucemia linfocítica aguda (LLA); 11 (19%), de tumores sólidos, y 24 (41%) eran receptores de trasplantes de células madre hematopoyéticas (TCMH), o presentaban leucemia mieloide aguda (LMA) o síndrome de inmunodeficiencia grave combinada (SIGC). Diecisiete pacientes (29%) eran menores de 2 años. En total, 16 pacientes (28%) desarrollaron infecciones de vías respiratorias bajas (IVRB). La frecuencia de IVRB fue mayor en los pacientes con TCMH/LMA/SIGC (42%). Los factores independientes predictivos de IVRB fueron: linopenia importante, con cifra absoluta de linfocitos (CAL) $< 100/\mu\text{l}$ (OR 7,2 [1,17-44]), y edad ≤ 2 años (OR 9,8 [1,95-49,8]). De todos los pacientes con IVRB, el 31% falleció por infección a VSR. La mortalidad global fue baja (5/58 pacientes, 8,6%). Todos los fallecimientos ocurrieron en pacientes con IVRB pre o post-TCMH o < 2 años de edad y que recibieron tratamiento por LMA. La neutropenia no fue un factor predictivo de la IVRB a VSR o de la muerte.

Conclusiones. El presente estudio identifica la linopenia importante o la corta edad como factores independientes predictivos de la IVRB a VSR en los niños inmunocomprometidos. No se halló asociación entre la neutropenia y la morbilidad o mortalidad relacionadas con el VSR. Estos hallazgos pueden servir de guía para las acciones a emprender ante la infección a VSR en un huésped de alto riesgo.

Hospitalizaciones de los lactantes por procesos infecciosos en Estados Unidos

Krista L. Yorita, MPH, Robert C. Holman, MS,
James J. Sejvar, MD, Claudia A. Steiner, MD, MPH,
y Lawrence B. Schonberger, MD, MPH

Resultados. Durante 2003 se produjo un número estimado de 286.739 (error estándar [EE] = 8.190) hospitalizaciones de lactantes por enfermedades infecciosas (EI) en Estados Unidos, lo que correspondió a un 42,8% (EE = 0,5%) de todas las hospitalizaciones de lactantes. La tasa nacional de hospitalizaciones por EI fue de 7.010,8 por 100.000 nacidos vivos (IC del 95% = 6.618,3-7.403,3), aproximadamente 1 hospitalización por EI por cada 14 lactantes. La duración mediana de la estancia fue de 3 días (cuartiles 2, 4) y significó más de 1 millón de días hospitalarios en los lactantes. Las tasas de hospitalización por enfermedades infecciosas fueron más elevadas en los varones y en las razas no blancas. Los diagnósticos más frecuentes en las hospitalizaciones de lactantes por EI fueron las infecciones de vías respiratorias bajas (59,9%, EE = 0,5%), renales, de vías urinarias y vesicales (7,6%, EE = 0,2%), de vías respiratorias altas (6,5%, EE = 0,1%) y sepsis (6,5%, EE = 0,2%). La mediana del coste de una hospitalización por EI fue de 2.235 dólares, con unos costes hospitalarios totales aproximados de 690 millones de dólares anuales para los lactantes de Estados Unidos.

Conclusiones. Las hospitalizaciones por enfermedades infecciosas en los lactantes son responsables de unos gastos sanitarios y un tiempo hospitalario considerables en Estados Unidos; las hospitalizaciones por procesos respiratorios comprenden la mitad del total. Los lactantes de menor edad, los varones y los de razas no blancas tuvieron más riesgo de hospitalización por EI. Las iniciativas destinadas a disminuir las disparidades raciales y la incidencia de infecciones respiratorias deberían reducir sustancialmente la carga impuesta por las EI en los lactantes.

Tendencias en la utilización de los servicios sanitarios por otitis media aguda en los niños de corta edad con seguros privados en Estados Unidos, 1997-2004

Fangjun Zhou, PhD, Abigail Shefer, MD, Yuan Kong, MS,
y J. Pekka Nuorti, MD, DSc

Resultados. Al comparar los resultados de 2004 con los del período inicial, 1997-1999, se observó que las ta-

sas de visitas ambulatorias y de prescripciones de antibióticos por otitis media aguda (OMA) disminuían de 2.173 a 1.244 por 1.000 años-persona (42,7%, $p < 0,001$), y de 1.244 a 722 por 1.000 (41,9%, $p < 0,001$), respectivamente. La cifra nacional total de gastos médicos directos debidos a visitas ambulatorias y a prescripciones de antibióticos por OMA en niños menores de 2 años disminuyó desde un promedio de 1,41 millardos de dólares en 1997-1999 a 0,95 millardos de dólares en 2004 (32,3%).

Conclusiones. La utilización de los servicios sanitarios y las prescripciones de antibióticos consiguientes en relación con la OMA, en niños de corta edad con seguros privados, disminuyó más de lo esperado según las estimaciones de eficacia halladas en los ensayos clínicos previos a la autorización, tras la introducción sistemática de la vacuna PCV7. Aunque hay otros factores, como las normas clínicas prácticas para reducir el uso de antibióticos, que pueden haber contribuido a la tendencia observada, la vacuna PCV7 puede desempeñar un papel importante en la reducción de la carga impuesta por la OMA, con ahorros importantes en los costes de la asistencia médica.

Asistencia pediátrica como parte de la misión médica del ejército de Estados Unidos en la guerra total contra el terrorismo: Afganistán e Irak, diciembre de 2001 a diciembre de 2004

Mark W. Burnett, MD, Philip C. Spinella, MD, Kenneth S. Azarow, MD, y Charles W. Callahan, DO

Resultados. Los ingresos pediátricos durante el período de estudio fueron de 1.012/24.227 (4,2%), con un 10% del total de días de ocupación de camas hospitalarias. La duración mediana (rango intercuartílico) del ingreso fue de 4 días (1-8 días). El mayor porcentaje de niños correspondió a las edades de 11 a 17 años, 332/757 (44%), aunque 45/757 (6%) de los niños hospitalizados tenían menos de 1 año. La mayoría (63%) de los pacientes pediátricos ingresados requirió procedimientos de cirugía general u ortopédicos. La tasa de mortalidad intrahospitalaria de todos los pacientes pediátricos fue de 59/1.012 (5,8%), en comparación con todos los pacientes adultos no pertenecientes a la coalición estadounidense, 218/4.827 (4,5%) ($p = 0,07$).

Conclusiones. Los pacientes pediátricos con lesiones potencialmente mortales, de las extremidades u oculares, constituyen parte de la misión o responsabilidad principal de las instalaciones médicas militares durante el combate y han dado lugar a un número significativo de ingresos y días de ocupación de camas en los hospitales del ejército desplegados en Afganistán e Irak. Los planificadores de los servicios médicos militares deben seguir mejorando el apoyo médico pediátrico e incluir el personal, el equipo y los medicamentos que sean necesarios para tratar a los niños heridos en operaciones de combate, así como a quienes no pueden recibir asistencia por parte de las infraestructuras médicas existentes en la nación huésped.

Mejoría de la salud mental infantil y parental en la asistencia primaria: ensayo en grupos de distribución aleatoria sobre el adiestramiento en la capacidad de comunicación

Lawrence Sagin Wissow, MD, MPH, Anne Gadomski, MD, MPH, Debra Roter, DrPH, Susan Larson, MS, Jonathan Brown, PhD, MHS, Ciara Zachary, BA, Edward Bartlett, MD, Ivor Horn, MD, MPH, Xianghua Luo, PhD, y Mei-Cheng Wang, PhD

Resultados. Participaron 58 proveedores (31 adiestrados, 27 controles) y 418 niños (248 pacientes de los adiestrados y 170 pacientes de los controles). Entre los niños, el 72% tenía un "possible" o "probable" trastorno mental, según el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Cerca de la mitad (54%) era de raza blanca; el 30% eran afroamericanos; el 12%, latinos, y el 4%, de otras etnias. El 88% (367) completó el seguimiento. A los 6 meses, una minoría de niños asistidos por los adiestrados presentó una mayor reducción del trastorno, en comparación con los niños asistidos por los controles ($-0,91$ puntos, IC del 95% $-1,8$ a $-0,01$, cuantía del efecto = 0,38), aunque no hubo una mayor reducción de los síntomas. El visitar a un proveedor adiestrado no ejerció influencia en los síntomas ni en el trastorno en los niños de raza blanca. Los progenitores de los niños asistidos por proveedores adiestrados presentaron una mayor reducción de los síntomas que aquellos otros asistidos por los controles ($-1,7$ puntos, IC del 95% $-3,2$ a $-0,11$, cuantía del efecto = 0,31).

Conclusión. Un breve adiestramiento en la capacidad de comunicación del proveedor ejerció una influencia positiva en los síntomas de salud mental de los progenitores y redujo la minoría de trastornos infantiles en una serie de problemas. El adiestramiento de la comunicación puede complementar eficazmente las actuaciones centradas en determinados trastornos, así como ofrecer oportunidades para la actuación precoz y la reducción de las disparidades.

Muchos residentes de pediatría solicitan y obtienen plazas a tiempo parcial

William L. Cull, PhD, Gretchen L. Caspary, PhD, y Lynn M. Olson, PhD

Resultados. El 51% de los residentes solicitó una plaza no relacionada con un fellowship. De entre los solicitantes, el 38% manifestó que optaba por una plaza a tiempo parcial, y el 21% la aceptó. Quienes solicitaron una plaza de esta clase tenían más probabilidades de afrontar unas dificultades moderadas o considerables en la búsqueda (el 36% en la búsqueda de una plaza a tiempo parcial, frente al 25% en la búsqueda a jornada completa, $p = 0,017$). El sueldo medio inicial de los que aceptaron una plaza a tiempo parcial fue casi 34.000 dólares inferior al de quienes trabajaron a jornada completa (71.615 dólares a tiempo parcial, frente a 105.598 dólares a jornada completa, $p < 0,001$). Los residentes que aceptaron una plaza a tiempo parcial esperaban trabajar 15 h menos a la semana en el consultorio (38 h frente a 23 h, $p < 0,001$) y tenían más probabilidades de aceptar

una plaza en la misma ciudad o área en la que realizaron su residencia (60% a tiempo parcial, frente a 47% a jornada completa, $p = 0,034$).

Conclusiones. Aproximadamente 4 de cada 10 residentes de pediatría solicitaba una plaza a tiempo parcial al graduarse, y 2 de cada 10 la aceptaban. Es probable que continúe existiendo un fuerte interés hacia las plazas a tiempo parcial, y esta importante tendencia posee implicaciones para el mercado de trabajo pediátrico.

Obstáculos a los cuidados paliativos en los niños: impresiones de los proveedores de asistencia sanitaria pediátrica

Betty Davies, RN, PhD, FAAN, Sally A. Sehring, MD, J. Colin Partridge, MD, MPH, Bruce A. Cooper, PhD, Anne Hughes, RN, PhD, Julie C. Philp, MD, Aara Amidi-Nouri, RN, MSN, y Robin F. Kramer, RN, MS, PNP

A pesar de la reciente expansión de los servicios terminales (ST) a los pacientes pediátricos, la mayoría de los niños muy graves no reciben unos cuidados paliativos óptimos, incluidos los ST. No se ha definido adecuadamente cuáles son los obstáculos que se oponen a los cuidados paliativos, según la experiencia de los proveedores de asistencia sanitaria pediátrica que asisten a los niños extremadamente graves. En el presente estudio se indagaron las impresiones de los proveedores pediátricos sobre los ST en un hospital infantil universitario, con el objetivo de describir los obstáculos percibidos para los ST a los niños y sus familias. El informe se centra en las respuestas de las enfermeras ($n = 117$) y los médicos ($n = 81$). Aproximadamente la mitad de los encuestados indicó que 4 de los 26 obstáculos enumerados se hallaban presentes “con frecuencia” o “casi siempre”: pronóstico incierto (55%); familia no dispuesta a aceptar que se trata de un proceso incurable (51%); barreras lingüísticas (47%) y problemas de tiempo (47%). Aproximadamente la tercera parte de los encuestados citó otros 8 obstáculos que surgían a menudo por problemas de comunicación e insuficiente educación sobre el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. Otros 14 obstáculos fueron percibidos por más del 75% del personal sanitario en el sentido de que interferían “ocasionalmente” o “nunca” en los ST pediátricos. Las comparaciones efectuadas entre médicos y enfermeras y entre el personal de la UCI y ajeno a la UCI revelaron varias diferencias significativas entre estos grupos. Los obstáculos percibidos para los ST pediátricos diferían de los que se oponen a los ST en los adultos. Los factores percibidos más comúnmente que interfieren en unos ST pediátricos óptimos son la incertidumbre del pronóstico y las discrepancias en los objetivos del tratamiento entre el personal sanitario y las familias, seguidos de los problemas de comunicación. La mejoría de la educación del personal en la capacidad de comunicación y en los cuidados paliativos pediátricos puede servir de ayuda para superar algunos de estos obstáculos; sin embargo, los proveedores pediátricos deben advertir que la incertidumbre puede ser inevitable e inherente a la asistencia de los niños muy graves. Un pronóstico incierto puede ser la señal para iniciar los cuidados paliativos, en vez de posponerlos.

Evolución del neurodesarrollo en los lactantes con un peso al nacer extremadamente bajo y expuestos prenatalmente a la dexametasona o a la betametasona

Ben H. Lee, MD, MPH, MSCR, Barbara J. Stoll, MD, Scott A. McDonald, BS, y Rosemary D. Higgins, MD, para la National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network

Resultados. Reunieron los criterios de inclusión 1.124 lactantes. No había asociaciones estadísticamente significativas entre la administración prenatal de dexametasona y cualquier resultado del seguimiento, en comparación con la falta de administración prenatal de esteroides. La administración prenatal de betametasona se asoció con un menor riesgo de trastornos auditivos (OR 0,22; IC del 95% 0,06, 0,82) y de alteraciones del neurodesarrollo (OR 0,63; IC del 95% 0,41, 0,97) y con una mayor probabilidad de ausencia de alteraciones (OR 2,42; IC del 95% 1,49, 3,91), en comparación con la ausencia de administración prenatal de esteroides. En comparación con la betametasona, la dexametasona se asoció con una tendencia a un mayor riesgo de un Psychomotor Development Index < 70 (OR 1,40; IC del 95% 0,96, 2,04), un mayor riesgo de trastornos auditivos (OR 3,90; IC del 95% 1,31, 11,65) y una menor probabilidad de ausencia de alteraciones (OR 0,62; IC del 95% 0,45, 0,85).

Conclusiones. La administración prenatal de betametasona se asoció con una mayor probabilidad de ausencia de alteraciones del neurodesarrollo y un menor riesgo de trastornos auditivos a los 18 a 22 meses de edad corregida en los niños con un peso al nacer extremadamente bajo, en comparación con la dexametasona prenatal o con la ausencia de exposición prenatal a los esteroides. En espera de los resultados de un ensayo clínico de distribución aleatoria sobre este tema, puede ser preferible para los lactantes administrar cuando sea posible betametasona prenatal en vez de dexametasona.

Edad de inicio en el consumo de alcohol, conducta suicida y víctimas o perpetradores de actos violentos entre compañeros y en las citas en los adolescentes de alto riesgo de séptimo curso

Monica H. Swahn, PhD, Robert M. Bossarte, PhD, y Ernest E. Sullivent, III, MD

Resultados. En nuestro estudio, el 35% (IC del 95% 32%-38%) de los estudiantes informó sobre el inicio del consumo de alcohol antes de los 13 años. Quienes iniciaron el consumo a estas edades estuvieron involucrados en un número significativamente mayor de tipos de conductas violentas (media, 2,8), en comparación con los no bebedores (media, 1,8). El inicio del consumo de alcohol antes de los 13 años se asoció significativamente con los intentos de suicidio, en comparación con los no bebedores (ORadj = 3,04; IC del 95% 1,66-5,57), después de controlar las características demográficas y todos los posibles motivos de confusión.

Conclusiones. El consumo precoz de alcohol es un importante factor de riesgo para la implicación en conductas

violentas e intentos de suicidio por parte de los jóvenes. Es necesario incrementar los esfuerzos para retrasar y disminuir el consumo precoz de alcohol en los jóvenes, lo que puede reducir los actos violentos y los intentos de suicidio.

Los niños nacidos prematuramente presentan diferencias microestructurales de la sustancia blanca a los 12 años de edad, en comparación con los controles a término: investigación sobre los efectos de grupo y de género

R. Todd Constable, PhD, Laura R. Ment, MD, Betty R. Vohr, MD, Shellie R. Kesler, MD, Robert K. Fulbright, MD, Cheryl Lacadie, MD, Susan Delancy, MD, Karol H. Katz, MD, Karen C. Schneider, MD, Robin J. Schafer, MD, Robert W. Makuch, MD, y Allan R. Reiss, MD

Resultados. Las valoraciones del neurodesarrollo mostraron unas diferencias significativas en las escalas totales (FSIQ), verbales (VIQ) y de rendimiento del CI, así como en las puntuaciones de Visual Motor Integration, entre los sujetos pretérmino y los de control a término. Los estudios de RMN con tensor de difusión demostraron una disminución generalizada de la anisotropía fraccional (AF), una medición de la organización de los tractos de las fibras, en los niños pretérmino, en comparación con los sujetos de control. Las regiones afectadas fueron las siguientes: las fibras de asociación interhemisféricas que intervienen en la capacidad para el lenguaje; el fascículo fronto-occipital inferior derecho; las porciones anteriores de los fascículos uncinados en ambos lados; la sustancia blanca profunda de las regiones hacia las cuales se proyectan estas fibras, así como la rodilla del cuerpo calloso. Estos cambios en la AF ocurrieron en los sujetos con diferencias significativas en los volúmenes de la sustancia blanca frontal, temporal, parietal y profunda. Los valores de AF en el fascículo uncinado anterior izquierdo correlacionaron con los resultados de VIQ, FSIQ y Peabody Picture Vocabulary Test-Revised (PPVT-R) en los varones pretérmino. Además, se observó que los varones pretérmino presentaban los valores más bajos de AF en el fascículo uncinado anterior derecho, y los valores de AF en esa región correlacionaron también con las puntuaciones VIQ y PPVT-R en los grupos pretérmino; estos hallazgos quedaron apoyados por los cambios identificados con análisis morfométricos basados en voxels.

Conclusiones. En comparación con los sujetos de control, los niños prematuros sin signos ecográficos neonatales de lesiones de la sustancia blanca presentan cambios en la conectividad neural a los 12 años de edad.

Utilidad clínica de la ecocardiografía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad vascular pulmonar en los niños de corta edad con neumopatía crónica

Peter M. Mourani, MD, Marci K. Sontag, PhD, Adel Younoszai, MD, D. Dunbar Ivy, MD, y Steven H. Abman, MD

Resultados. Se analizaron 31 mediciones relacionadas en 25 niños. La presión arterial pulmonar sistólica

(PAPs) pudo estimarse en el 61% de los estudios, pero hubo una escasa correlación entre las mediciones de la PAPs por ecocardiografía (ECHO) y por cateterismo cardíaco (CATH) en estos niños ($r = 0,19$, $p = 0,43$). En comparación con las mediciones por CATH, las estimaciones de la PAPs por ECHO sirvieron para diagnosticar correctamente la presencia o ausencia de hipertensión pulmonar (HP) en el 79% de los estudios en los que se estimó la PAPs; sin embargo, sólo se determinó correctamente la gravedad de la HP (la HP grave definida por un gradiente de presiones pulmonares/sistémicas $\geq 0,67$) en el 47% de estos estudios. En 7 de 12 (58%) niños sin estimación de la PAPs se observó HP durante el CATH subsiguiente. En ausencia de una estimación de la PAPs, los hallazgos cualitativos por ECHO, solos o combinados, tuvieron un valor predictivo más deficiente para el diagnóstico de HP.

Conclusión. Tal y como se utiliza en la práctica clínica, la ECHO logra identificar a menudo la HP en niños de corta edad con neumopatías crónicas (NC); sin embargo, las estimaciones de la PAPs no se logran de un modo constante y no son fiables para determinar la gravedad de la HP. Nuestra hipótesis es que los estudios por CATH pueden ser necesarios para cuantificar más adecuadamente la gravedad de la HP, con el fin de identificar mejor a los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento para la HP e intervenciones afines.

Influencia de los riesgos sociales múltiples sobre la salud del niño

Kandyce Larson, PhD, Shirley A. Russ, MD, MPH, James J. Crall, DDS, ScD, y Neal Halfon, MD, MPH

Resultados. El porcentaje de niños con mal estado de salud aumentó en todos los aspectos sanitarios con el número de factores sociales de riesgo. Más de la mitad de los niños presentaba dos o más factores de riesgo, y el 24%, cuatro o más. En modelos de regresión logística, después de controlar los factores de edad del niño, género y número de niños en el hogar, la probabilidad relativa de que los niños tuvieran 6 o más factores de riesgo, frente a la de no tener ninguno, era de 17,31 para la salud inferior a muy buena; 10,59 para la salud dental menos que muy buena; 4,29 para los problemas sociales/emocionales, y 3,80 para el sobrepeso. La baja salud mental de la madre (OR: 3,15; IC: 2,90-3,42), la raza/etnia negra o hispana (OR: 2,05; IC: 1,88-2,23), los ingresos familiares $< 200\%$ del nivel federal de pobreza (OR: 1,87; IC: 1,70-2,04); el escaso nivel educativo en el ambiente familiar (OR: 1,48; IC: 1,36-1,62), la inseguridad en el vecindario, y la falta de seguros sanitarios fueron otros tantos factores que aumentaron las probabilidades de que la salud del niño fuera menos que muy buena, en los modelos ajustados.

Conclusiones. Los factores de riesgo social múltiples poseen un efecto acumulativo sobre el estado de salud del niño, según los informes ofrecidos por los progenitores, en todos los aspectos físicos y sociales-emocionales, lo que pone de manifiesto un efecto muy potente de gradiente de riesgo. Estos hallazgos subrayan la importan-

tancia de combatir múltiples niveles de riesgo social para mejorar la salud infantil.

Vacunación antigripal de los niños en el hospital: una oportunidad para evitar una posterior hospitalización

Danielle M. Zerr, MD, MPH, Janet A. Englund, MD, Andrea S. Robertson, MPH, Edgar K. Marcuse, MD, Michelle M. Garrison, PhD, y Dimitri A. Christakis, MD, MPH

Resultados. En total, el 16% (IC del 95%: 15,4% a 16,7%) de los niños que se hospitalizaron por gripe, y el 12% (IC del 95%: 11,9% a 12,3%) que lo fueron por gripe o un proceso respiratorio se habían hospitalizado anteriormente durante la campaña de vacunación antigripal más reciente. Aproximadamente el 23% de los niños hospitalizados con gripe y una comorbilidad se habían hospitalizado anteriormente durante dicha campaña.

Conclusión. Los programas hospitalarios para la vacunación antigripal tienen la posibilidad de llegar a los niños con un mayor riesgo de complicaciones gripales, así como de reducir las tasas de hospitalización pediátrica por afecciones relacionadas con la gripe.

Vivencias de los progenitores de niños con nefropatías crónicas: revisión sistemática de los estudios cualitativos

Allison Tong, MPH, Alison Lowe, BSc, Peter Sainsbury, PhD, y Jonathan C. Craig, PhD

Resultados. Se incluyeron 16 trabajos que informaban sobre las experiencias de los progenitores de 358 niños con nefropatías crónicas (NC). Surgieron 10 temas, que se agruparon en 3 categorías relacionadas entre sí: intrapersonales (vivir con una incertidumbre constante, padecer estrés y mantener la vigilancia a pesar de la fatiga), interpersonales (medicalización del papel parental, dependencia del personal sanitario y conflictos con el mismo y trastornos en las relaciones con otras personas) y temas externos (cumplimiento del régimen médico, búsqueda de información, organización del transporte, alojamiento y economía, seguimiento de las restricciones hídricas y dietéticas del niño y compatibilización de la asistencia médica con las obligaciones domésticas).

Conclusiones. Además de los papeles parentales "normales", los progenitores de un niño con NC deben proporcionar un alto nivel de asistencia sanitaria, resolver problemas, buscar información, y disponer de capacidad económica y práctica, todo ello en un momento en que las posibilidades de afrontar estas exigencias están amenazadas por el cansancio físico, la incertidumbre y la pérdida del apoyo de otras personas, dentro y fuera del ámbito familiar. Los progenitores de niños con NC requieren una asistencia multidisciplinaria, que puede contribuir a que mejore la evolución de su hijo.

ARTÍCULO ESPECIAL

Papel de la obesidad para complicar y confundir el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes infantil

Kenneth Lee Jones, MD

El alarmante aumento de la obesidad infantil en Estados Unidos y en otros muchos países suscita una fuerte preocupación acerca de su influencia adversa sobre la salud pública en el futuro. Una consecuencia ya evidente de esta tendencia desfavorable es el rápido aumento en la incidencia de la diabetes tipo 2 en todas las edades. Esta enfermedad, antes considerada inexistente en los niños, está aumentando paralelamente a la obesidad. En el presente artículo se afronta el papel que desempeña la obesidad en la diabetes tipo 2, y también se exploran sus efectos sobre otros tipos de diabetes infantil. Se debaten los nuevos problemas para los médicos que han de formular un diagnóstico diferencial de la diabetes infantil. También se examinan las modificaciones del tratamiento tradicional de la diabetes que pueden ser útiles en la resistencia a la insulina que se asocia con la obesidad, y la utilización de medicamentos que no se han empleado tradicionalmente a estas edades. Se presentan casos para ilustrar algunos puntos. Una tesis subyacente sugiere que la clasificación específica puede no ser tan importante para el clínico como el conocimiento de los factores fisiopatológicos que contribuyen a la hiperglucemia en determinados pacientes. Así mismo se ofrecen recomendaciones dirigidas al médico para diagnosticar y tratar a los niños o adolescentes obesos con diabetes.

COMENTARIOS

Creación de una Faculty Development Office en un hospital infantil universitario: problemas y éxitos

Sarah Jean Emans, MD, Carole Teperow Goldberg, BA, Maxine Ellen Milstein, MBA, y Jill Dobriner, PhD

El cuerpo docente de los centros médicos universitarios ha de afrontar las demandas de excelencia y productividad en la asistencia clínica, la investigación y la enseñanza. El aumento espectacular que se ha producido en las dos últimas décadas en el número de mujeres que se gradúan en las facultades de medicina e ingresan en pediatría ha incrementado sus porcentajes en los niveles académicos inferiores. Hace 6 años, un hospital universitario infantil creó una Office of Faculty Development para resolver muchos de los problemas que afrontan los 900 miembros del cuerpo docente, pero en particular los que atañen a las mujeres y al profesorado minoritario. Los resultados a corto plazo, incluidas las tasas de promoción, parecen prometedores y la retroestimulación del cuerpo docente ha sido entusiástica. La excelencia de los centros médicos pediátricos universitarios se basa en reclutar y conservar un profesorado diverso, con talento para la investigación,

la enseñanza, la asistencia clínica, la administración y los servicios extrahospitalarios. El compartir modelos de desarrollo del cuerpo docente tiene una importancia crítica para promover el diálogo y mejorar el ejercicio profesional en los centros pediátricos.

Nacimientos al final del pretérmino: problemas y oportunidades

Tonse N.K. Raju, MD, DCH

Hasta la década de los ochenta, la denominación “cerca del término” se usaba sólo como adjetivo para identificar a los sujetos de investigación (o animales de estudio) en gestaciones cercanas al término. Por motivos desconocidos, esta denominación ha asumido gradualmente una connotación más amplia, de tipo fisiológico.

Un grupo de expertos sugirió que la denominación “cerca del término” debiera sustituirse por la de “final del pretérmino”, para imbuir la idea de que los niños nacidos entre las 34^{0/7} y las 36^{6/7} semanas de gestación son inmaduros y vulnerables, y precisan una estrecha monitorización, valoración y seguimiento. En comparación con los niños a término, los nacidos al final del pretérmino tienen más riesgo de reingreso, mortalidad postneonatal, síndrome de muerte súbita del lactante, lesiones de la sustancia blanca y problemas del neurodesarrollo en la edad escolar.

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, se desconocen los motivos del incremento de los nacimientos pretérmino, especialmente si se tiene en cuenta que no hay informes en el sentido de que haya aumentado la prevalencia de los factores de riesgo tradicionales, como la preeclampsia, los accidentes del cordón umbilical y la corioamnionitis.

Algunos investigadores han sugerido que deben explotarse otros factores no tradicionales para explicar el aumento de las tasas de nacimientos al final del pretérmino.

COMUNICACIONES BREVES

Conocimiento más profundo del síndrome 1p36 en 60 pacientes: un fenotipo reconocible y una causa común del retraso del desarrollo y mental

Agatino Battaglia, MD, H. Eugene Hoyme, MD, Bruno Dallapiccola, MD, Elaine Zackai, MD, Louanne Hudgins, MD, Donna McDonald-McGinn, MS, Nadia Bahi-Buisson, MD, PhD, Corrado Romano, MD, Charles A. Williams, MD, Lisa L. Braley, MD, Sameer M. Zuberi, MD, y John C. Carey, MD

Resultados. Se detectaron 14 casos por citogenética estándar, y 46 por hibridación in situ con fluorescencia (FISH) de las regiones subteloméricas, o por hibridación genómica comparativa en formato de microarrays (aCGH). El perímetrocefálico se hallaba \leq percentil 2 en el 95% de los casos, y la talla y el peso oscilaban entre los percentiles < 3 y 90. Todos los pacientes presen-

taban cejas rectas, cavidades orbitarias profundas, hipoplasia del macizo facial medio, raíz y puente nasal anchos, surco subnasal largo y mentón puntiagudo. Otras características frecuentes eran las siguientes: microbráquicefalia (65%), epicanto (50%), fontanela anterior grande y de cierre tardío (77%), orejas anormales, de implantación baja y con rotación posterior (40%); destacaba la braqui/campodontactilia y la cortedad de los pies; el 71% presentaba cardiopatías, incluido un 23% con “miocardiopatía esponjiforme”; el 52% presentaba anomalías oculares/visuales; el 64%, falta de atención visual; el 28% padecía sordera neurosensorial; el 41%, anomalías óseas; el 25%, genitales anormales; el 22%, anomalías renales; el 88%, anomalías del SNC, y el 44%, convulsiones. Todos los pacientes presentaban DD con lenguaje deficiente o ausente; en el 95% existía hipotonía. El 26% era capaz de andar sin ayuda y el 47% sufría un trastorno de conducta. A lo largo del tiempo se observó un progreso constante del desarrollo en todos los casos. La miocardiopatía esponjiforme y la mayoría de las convulsiones se controlaron por farmacoterapia.

Conclusiones. Estos 60 pacientes con delección 1p36 representan la serie clínica más numerosa publicada hasta la fecha y proporcionan nueva información sobre varios aspectos de este trastorno, caracterizado por una discapacidad del neurodesarrollo y un patrón malformativo reconocible.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Tratamiento de reemplazamiento con factor tensioactivo para el distrés respiratorio en los recién nacidos pretérmino y a término

William A. Engle, MD, y el Committee on Fetus and Newborn

La insuficiencia respiratoria por déficit del factor tensioactivo constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos pretérmino. El tratamiento de reemplazamiento con factor tensioactivo reduce de un modo sustancial la mortalidad y la morbilidad respiratoria en esta población. El déficit secundario del factor tensioactivo contribuye también a la morbilidad respiratoria aguda en los recién nacidos a fines del pretérmino o a término con síndrome de aspiración meconial, neumonía/sepsis y, quizás, hemorragia pulmonar; el tratamiento con factor tensioactivo puede ser beneficioso en estos casos. En la presente comunicación se resumen las indicaciones, la administración, las formulaciones y los resultados del tratamiento de reemplazamiento con el factor tensioactivo. Se revisa también el impacto de los esteroides prenatales y de la presión positiva continua en las vías aéreas sobre la evolución y el uso del factor tensioactivo en los recién nacidos pretérmino. Teniendo en cuenta que la insuficiencia respiratoria puede ser un componente de una disfunción multiorgánica, los niños pretérmino y a término que reciban tratamiento de reemplazamiento con factor tensioactivo deben tratarse en centros con experiencia técnica y clínica para administrarlo y proporcionar apoyo multisistémico.