

PEDIATRICS

páginas electrónicas

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

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

Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- e718 Impacto de la masificación el día del ingreso sobre la duración de la estancia en las hospitalizaciones pediátricas. *S.A. Lorch et al*
e731 Los residentes de pediatría en la asistencia terminal. *M.E. McCabe et al*
e738 Efecto de una intervención en el consultorio pediátrico destinada a prevenir y suprimir el tabaquismo en los adolescentes. *L. Pbert et al*
e748 Perfiles séricos de citocinas y quimocinas en los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial. *K. Okazaki et al*
e754 Uso de la presión positiva continua nasal en las vías aéreas. *P.G. Murray et al*
e759 Falta de atención, hiperactividad y rendimiento escolar en una población de niños con cardiopatías congénitas complejas. *A.J. Shillingford et al*
e768 Cobertura vacunal según la situación de necesidades especiales de asistencia sanitaria en niños de corta edad. *K.S. O'Connor et al*
e775 Suplementos dietéticos. *P. Gardiner et al*
e782 Sobredosis de buprenorfina en la edad infantil. *B.D. Hayes et al*
e787 Women's Interagency HIV Study. *D.J. Merenstein et al*
e794 Pautas escolares para prevenir el sobrepeso y la obesidad. *G.D. Foster et al*
e803 Evolución y crecimiento de los lactantes expuestos en la etapa fetal a autoanticuerpos anti-Ro52/SSA maternos asociados al bloqueo cardíaco. *A. Skog et al*
e810 Tabaquismo materno y cardiopatías congénitas. *S. Malik et al, y el National Birth Defects Prevention Study*
e817 Utilidad de las radiografías de toda la extremidad inferior. *C.M. Baron et al*
e821 Trastornos del espectro autista infantil y pérdida de ingresos económicos familiares. *G. Montes et al*
e827 Resultados de inocuidad y eficacia a largo plazo mediante la pauta de tratamiento antirretroviral altamente activo con la administración de emtricitabina. *X. Saez-Llorens et al, para el FTC-203 Study Team*
e836 Autismo y vacunación anti-sarampión-paperas-rubeola. *M.J. Smith et al*
e844 Concentraciones elevadas de morfina en los recién nacidos e hipotermia prolongada para la encefalopatía hipóxico-isquémica. *A. Róka et al*
e850 Probióticos para la prevención primaria. *M.V. Kopp et al*
e857 Prevención de las hemorragias por déficit de vitamina K. *P.M. van Hasselt et al, y el Netherlands Study Group for Biliary Atresia Registry*
e864 Reingresos por ictericia neonatal en California. *A.E. Burgos et al*
e870 Tratamiento neonatal con dexametasona para la neuropatía crónica de la prematuridad. *R. Karemaker et al*
e879 Índice de macrófagos cargados de lípidos. *R. Rosen et al*
e885 Genética de la cronología puberal. *K. Silventoinen et al*
e892 Hipertensión pulmonar en pacientes con un cortocircuito venoso portosistémico. *T. Ohno et al*
e900 Materiales para el auto-control del asma. *M.D. Cabana et al*
e906 Comparación entre los niños con enfermedades o lesiones graves trasladados desde otros hospitales y los ingresados directamente en el propio hospital. *C.J. Gregory et al*
e912 Conductas de auto-asistencia, diferencias raciales y control de la glucemia en los adolescentes con diabetes de tipo 2. *R.L. Rothman et al*
e920 Cocienes de aminoácidos en líquido cefalorraquídeo/plasma en la edad infantil. *S. Scholl-Bürgi et al*
e927 Fenómenos medicamentosos adversos en los niños ingresados en hospitales de Estados Unidos. *G.S. Takata et al*
e936 Diferencias en las tasas y la evolución a corto plazo de los niños nacidos vivos antes de las 32 semanas de gestación. *J. Zeitlin et al, y el MOSAIC research group*
e945 Variaciones en los informes de los expertos sobre la probabilidad de los malos tratos físicos infantiles. *D. Martin Lindberg et al*
e954 Lesiones producidas durante la práctica de la gimnasia. *S. Singh et al*
e961 Colaboración durante un mes en los niños recién diagnosticados de epilepsia. *A.C. Modi et al*
e967 Crecimiento en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que no han recibido estimulantes. *T. Hanç et al*
e975 Uso de inhibidores de la aromatasa en niños y adolescentes con trastornos del crecimiento y el desarrollo. *D.I. Shulman et al, en representación del Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Drug and Therapeutics Committee*
e984 Mejora de la asistencia hospitalaria infantil. *H. Campbell et al, y Pediatric Hospital Improvement Group*
e993 Guía anticipada global con respecto al servicio militar. *W.P. Adelman*
e998 Reconstitución inmunológica y recuperación de células T que expresan FOXP3 después del trasplante por síndrome IPEX. *H. Zhan et al*
e1003 Coreoatetosis después de una encefalitis por herpes simple. *M.W. Kullnat et al*
e1008 Disposición idónea para ir a la escuela. *P.C. High y el Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Council on School Health*

RESUMEN. **Impacto de la masificación el día del ingreso sobre la duración de la estancia en las hospitalizaciones pediátricas.** Scott A. Lorch, MD, MSCE, Andrea M. Millman, BA, Xuemei Zhang, MS, Orit Even-Shoshan, MS, y Jeffrey H. Silber, MD, PhD.

Resultados. En los niños ingresados por problemas respiratorios, el aumento de ocupación del 60% al 100% el día del ingreso se asoció con un aumento de 0,25 días en la duración media de la estancia. El aumento de ocupación por encima del 60% se asoció también con unas mayores probabilidades de una estancia prolongada, pero no con un cambio en las tasas de reingreso en el plazo de 21 días, ni en la duración condicional de la estancia. En los niños ingresados por procesos no respiratorios, el aumento de ocupación el día del ingreso no se asoció con cambios en la duración de la estancia.

Conclusiones. El aumento de ocupación el día del ingreso se asoció con una estancia más prolongada en los pacientes ingresados por procesos respiratorios menos complicados, pero no en los niños ingresados por problemas más graves. Estos resultados sugieren que, en los momentos de un exceso de trabajo, los profesionales médicos centran preferentemente su atención sobre los niños con procesos más agudos y un curso complicado, y retrasan el tratamiento de aquellos otros cuyo curso es menos complicado y que requieren más tiempo para su atención y tratamiento. *Pediatrics*. 2008;121:e718-e730.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1280

RESUMEN. **Experiencias clínicas y educativas de los residentes de pediatría en la asistencia terminal.** Megan E. McCabe, MD, Elizabeth A. Hunt, MD, MPH, y Janet R. Serwint, MD.

Resultados. Cumplimentaron la encuesta 40 (50%) de 80 residentes. Los residentes habían estado presentes en una media (\pm DE) de 4,7 (\pm 3,0) fallecimientos de pacientes pediátricos. Más del 50% de los residentes había participado en debates sobre la retirada o limitación de las medidas de apoyo vital, el tratamiento de los síntomas, la redacción de un certificado de defunción y la búsqueda de apoyo personal; sin embargo, < 50% de ellos había recibido enseñanzas sobre cómo debatir dicha retirada o limitación, declarar el fallecimiento, debatir la necropsia, llenar un certificado de defunción y efectuar el seguimiento de las familias. Los residentes no se sintieron suficientemente adiestrados en ninguna de estas áreas.

Conclusión. Los residentes pediátricos tienen una limitada experiencia en la asistencia terminal, reciben una educación muy variable sobre este tema, y no se sienten adiestrados convenientemente para cumplir las responsabilidades asociadas con la prestación de la asistencia pediátrica al final de la vida. En conjunto, esta percepción no mejora con un mayor nivel de adiestramiento. El estudio identifica varias áreas que pueden ser otros tantos objetivos a incluir en los programas académicos, lo que podría en último término mejorar la asistencia recibida por estos pacientes y sus familias, así como la experiencia de los médicos jóvenes que los asisten. *Pediatrics*. 2008;121:e731-e737.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1657

RESUMEN. **Efecto de una intervención en el consultorio pediátrico destinada a prevenir y suprimir el tabaquismo en los adolescentes: un ensayo controlado de distribución aleatoria.** Lori Pbert, PhD, Alan J. Flint, MD, MPH, Kenneth E. Fletcher, PhD, Martin H. Young, PhD, Susan Druker, MA, y Joseph R. DiFranza, MD.

Resultados. En comparación con la asistencia habitual, los no fumadores que recibieron la intervención por parte del proveedor y de los compañeros tuvieron unas probabilidades significativamente mayores de haber permanecido abstinentes a los 6 y 12 meses de seguimiento, según sus auto-informes. Los fumadores que recibieron dicha intervención tuvieron más probabilidades de manifestar que habían abandonado el hábito en el control a los 6 meses, pero no a los 12 meses. Ciertas características de los adolescentes (edad, amigos fumadores, dependencia del tabaco y susceptibilidad) sirvieron para predecir la abstinencia en el seguimiento.

Conclusiones. Una intervención efectuada en el consultorio por parte de los proveedores pediátricos y de compañeros de más edad que actuaron como consejeros fue plausible y eficaz durante 1 año para disuadir de iniciar el hábito en los adolescentes no fumadores, y también lo fue durante 6 meses para aumentar las tasas de abstinencia en los fumadores. *Pediatrics*. 2008;121:e738-e747.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1029

RESUMEN. **Perfiles séricos de citocinas y quimocinas en los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial.** Kaoru Okazaki, MD, Masatoshi Kondo, MD, Masahiko Kato, MD, Ryota Kakinuma, MD, Akira Nishida, MD, Masahiro Noda, PhD, Kiyosu Taniguchi, MD, y Hirokazu Kimura, PhD.

Resultados. Las concentraciones de 8 tipos de citocinas y quimocinas proinflamatorias fueron significativamente más elevadas en el grupo con síndrome de aspiración meconial que en los controles sanos: interleucina 1 β , interleucina 6, interleucina 8, factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos, factor estimulante de las colonias de granulocitos, interferón γ , proteína 1 β inflamatoria de los macrófagos y factor α de necrosis tumoral. Seis tipos de citocinas y quimocinas proinflamatorias significativamente se hallaron a concentraciones más elevadas en el grupo con síndrome de aspiración meconial que en el grupo sin dicho síndrome: interleucina 6, interleucina 8, factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos, factor estimulante de las colonias de granulocitos, interferón γ y factor α de necrosis tumoral. Las concentraciones séricas de interleucina 10 (citocina antiinflamatoria) fueron más elevadas en el grupo con síndrome de aspiración meconial que en el grupo sin dicho síndrome y en los niños sanos ($p = 0,007$ y $0,001$, respectivamente).

Conclusiones. La mayoría de tipos de citocinas y quimocinas proinflamatorias alcanzaron unas concentraciones más elevadas en el suero de los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial que en los niños sin dicho síndrome, lo que apoya la sugerencia de que sus altos niveles se asocian con la patogenia del mencionado síndrome. *Pediatrics*. 2008;121:e748-e753.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1697

RESUMEN. Uso de la presión positiva continua nasal en las vías aéreas durante el transporte de los recién nacidos con distrés respiratorio agudo. Philip G. Murray, MRCPCH, y Michael J. Stewart, FRACP.

Resultados. En total se trató a 220 lactantes con presión positiva continua nasal en las vías aéreas; 13 de ellos (6%) se intubaron antes del transporte; los 207 restantes se transportaron con una cifra mediana de 7 cm H₂O de presión positiva continua nasal en las vías aéreas. Treinta lactantes se transportaron por avión o helicóptero, y 190 por carretera. Ningún niño requirió intubación ni ventilación con bolsa y mascarilla durante el transporte. Veintiocho niños (13%) requirieron intubación en el plazo de 24 h de su llegada al hospital de destino; 4 (2%) fueron intubados > 24 h después; 11 (5%) lo fueron por una intervención quirúrgica, y 164 (73%) no se intubaron. En total, 111 niños (50%) eran pretérmino y tenían < 72 h en el momento del transporte, y 32 niños (15%) tenían ≤ 32 semanas de edad gestacional y < 72 h de vida en el momento del transporte. La fracción inspiratoria de oxígeno fue significativamente menor al final del transporte (0,45 frente a 0,34).

Conclusiones. La presión positiva continua nasal en las vías aéreas es eficaz y posee un margen de seguridad aceptable para el transporte por carretera de los lactantes con distrés respiratorio agudo. El transporte aéreo es factible, deben realizarse nuevos estudios con un mayor número de pacientes para valorar la inocuidad del procedimiento. *Pediatrics*. 2008;121:e754-e758.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0251

RESUMEN. Falta de atención, hiperactividad y rendimiento escolar en una población de niños con cardiopatías congénitas complejas. Amanda J. Shillingford, MD, Marianne M. Glanzman, MD, Richard F. Ittenbach, PhD, Robert R. Clancy, MD, J. William Gaynor, MD, y Gil Wernovsky, MD.

Resultados. Se obtuvieron datos a partir de los padres y/o profesores de 109 niños. Cincuenta y tres (49%) de los niños recibían algún tipo de servicios académicos compensadores, y el 15% se asignó a una clase de educación especial. El número de niños que recibió unas puntuaciones clínicamente significativas para la falta de atención e hiperactividad en el Behavior Assessment System for Children fue 3 a 4 veces mayor que el observado en la población general. En la Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV, el 30% de los padres otorgó unas puntuaciones de alto riesgo para el déficit de atención y el 29% para la hiperactividad de los niños. Ningún factor perioperatorio se asoció estadísticamente con las evoluciones adversas.

Conclusión. En esta cohorte de niños con cardiopatías congénitas complejas, una proporción significativa se hallaba en riesgo de presentar falta de atención e hiperactividad, y casi la mitad utilizaba servicios escolares compensadores. No se identificó ningún factor de riesgo perioperatorio que se correlacionara con las puntuaciones de alto riesgo o con el uso de los servicios escolares compensadores. En esta población vulnerable se recomienda efectuar un seguimiento y un cribado continuados del neurodesarrollo. *Pediatrics*. 2008;121:e759-e767.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1066

RESUMEN. Cobertura vacunal según la situación de necesidades especiales de asistencia sanitaria en niños de corta edad. Kathleen S. O'Connor, MPH, y Matthew D. Bramlett, PhD.

Resultados. En conjunto no hubo diferencias significativas entre los niños con o sin necesidades especiales en cualquiera de los diferentes antígenos o series vacunales combinadas. En determinados subgrupos demográficos se hallaron algunas diferencias significativas según la situación de las necesidades especiales.

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que, en conjunto, los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria presentan unas tasas de vacunación muy similares a las observadas en los niños con un desarrollo normal. Hay cierta evidencia de que los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria tienen riesgo de presentar un estado vacunal precario si son de raza blanca no hispana o viven en hogares ricos, y tienen más probabilidades de estar vacunados si son hispanos, pobres, asegurados en la sanidad pública o sus madres no finalizaron la educación en una high-school. Esta conclusión puede deberse a los programas sociales o de apoyo que van dirigidos a los niños desfavorecidos. Sin embargo, es importante señalar que, en la mayoría de las comparaciones efectuadas dentro de los subgrupos demográficos, no se observan diferencias significativas entre los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria y los que no presentan dichas necesidades. *Pediatrics*. 2008;121:e768-e774.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0305

RESUMEN. Suplementos dietéticos: pautas empleadas para los pacientes ingresados en hospitales pediátricos en Estados Unidos. Paula Gardiner, MD, MPH, Russell S. Phillips, MD, Kathi J. Kemper, MD, MPH, Anna Legedza, ScD, Silas Henlon, BA, y Alan D. Woolf, MD, MPH.

Resultados. Respondieron 109 (59%) de los 186 hospitales de la National Association of Children Hospitals and Related Institutions. El 44% disponía de pautas escritas sobre vitaminas, minerales, hierbas y otros suplementos dietéticos. Pocos hospitales incluían hierbas (2%) u otros suplementos dietéticos (38%) en la lista de medicamentos. Sin embargo, en ciertas circunstancias la mayoría (81%) permitía a los pacientes que utilizaran sus suplementos dietéticos domésticos, y el 64% permitía al personal sanitario que efectuara recomendaciones acerca del uso de dichos suplementos. En el 70% de los hospitales, las enfermeras guardaban y administraban los suplementos dietéticos domésticos. Menos de la mitad (46%) requería una prueba para investigar las interacciones de los suplementos farmacológicos o dietéticos. Un tercio (32%) emitía recomendaciones preoperatorias sobre dichos suplementos. Sólo el 11% de 109 hospitales cumplía los 10 criterios necesarios para una perfecta política institucional a este respecto, y presentaba una puntuación acreditativa de la calidad en la práctica del uso de los suplementos dietéticos por parte de los pacientes.

Conclusión. Incluso en los hospitales con pautas escritas sobre los suplementos dietéticos, existe una amplia gama en la calidad de dichas pautas, lo que puede comprometer la seguridad de los pacientes. *Pediatrics*. 2008;121:e775-e781.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1898

RESUMEN. **Toxicidad de las sobredosis de buprenorfina en la edad infantil.** Bryan D. Hayes, PharmD, Wendy Klein-Schwartz, PharmD, MPH, y Suzanne Doyon, MD.

Resultados. Ochenta y seis casos reunían los criterios de inclusión. En los 54 niños que presentaron toxicidad, los efectos clínicos consistieron en somnolencia o letargia (55%), vómitos (21%), miosis (21%), depresión respiratoria (7%), agitación o irritabilidad (5%), palidez (3%) y coma (2%). No hubo fallecimientos. La media del intervalo hasta el comienzo de los efectos fue de 64,2 min, con una gama de 20 min a 3 h. La duración de los efectos clínicos fue menor de 2 h en el 11%; de 2 a 8 h en el 59%; de 8 a 24 h en el 26%, y > 24 h en el 4%. Los niños que ingirieron ≥ 2 mg de buprenorfina tuvieron más probabilidades de presentar efectos clínicos, y todos los niños que ingirieron > 4 mg presentaron algún efecto. Entre los niños que ingirieron < 4 mg, ninguno experimentó efectos graves. De los 22 niños a quienes se administró naloxona, el 67% presentó al menos una respuesta parcial.

Conclusiones. Las sobredosis de buprenorfina son generalmente bien toleradas por los niños, y sólo en el 7% se presentaron signos significativos del sistema nervioso central y depresión respiratoria. Todo niño que ingiera > 2 mg o tenga < 2 años de edad e ingiera algo más de lo que supone una breve permanencia en la boca debe remitirse a un servicio de urgencias para someterlo a observación durante un mínimo de 6 h. Puede utilizarse naloxona para combatir la depresión respiratoria. *Pediatrics*. 2008;121:e782-e786.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1774

RESUMEN. **Asociación entre la presencia de niños en el hogar y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral altamente activo: Women's Interagency HIV Study.** Daniel J. Merenstein, MD, Michael F. Schneider, MS, Christopher Cox, PhD, Rebecca Schwartz, PhD, Kathleen Weber, BSN, Esther Robison, PhD, Monica Gandhi, MD, MPH, Jean Richardson, DrPH, y Michael W. Plankey, PhD.

Resultados. El porcentaje de mujeres con ≥ 2 hijos en el hogar y que informó además sobre un cumplimiento $\geq 95\%$ osciló entre el 68% y el 75%, en comparación con el cumplimiento cuando había sólo 1 niño o ninguno en el hogar. Cada niño adicional se asociaba con una disminución del 6% en las probabilidades de que el cumplimiento fuera $\geq 95\%$.

Conclusión. Hasta el momento no se ha examinado a fondo el impacto que ejerce el tener un niño en el hogar sobre la capacidad para tomar los medicamentos por parte de las mujeres infectadas por el VIH. Nuestros datos sugieren que el cumplimiento del tratamiento antirretroviral altamente activo es inversamente proporcional al número de niños en el hogar. *Pediatrics*. 2008;121:e787-e793.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1586

RESUMEN. **Una actuación sobre las pautas escolares para prevenir el sobrepeso y la obesidad.** Gary D. Foster, PhD, Sandy Sherman, EdD, Kelley E. Borradale, PhD, Karen M. Grundy, MA, MSEd, Stephanie S. Vander Veer, MPH, Joan Nachmani, MS, CNS, SFNS, Allison Karpyn, PhD, Shiriki Kumanyika, PhD, MPH, y Justine Shults, PhD.

Resultados. Los parámetros primarios a valorar en la evolución fueron las incidencias de sobrepeso y obesidad al cabo

de 2 años. Los parámetros secundarios fueron la prevalencia y remisión del sobrepeso y la obesidad, la puntuación z del IMC, el aporte total de calorías y grasas, el consumo de frutas y verduras, la insatisfacción corporal y las horas de actividad e inactividad. La actuación dio lugar a una disminución del 50% en la incidencia del sobrepeso. Al cabo de 2 años hubo un porcentaje significativamente menor de niños con sobrepeso (7,5%) en las escuelas donde se actuó que en aquellas otras donde no se actuó (14,9%). La prevalencia del sobrepeso fue menor en las escuelas donde se actuó. A los 2 años no se observaron diferencias en la incidencia o prevalencia de la obesidad, ni en la remisión del sobrepeso o la obesidad.

Conclusión. Una actuación escolar basada en múltiples componentes puede ser eficaz para prevenir el desarrollo de sobrepeso en los niños de 4.^o a 6.^o curso que acuden a escuelas públicas urbanas con una elevada proporción de candidatos a recibir comidas escolares gratuitas o de bajo precio. *Pediatrics*. 2008;121:e794-e802.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1365

RESUMEN. **Evolución y crecimiento de los lactantes expuestos en la etapa fetal a autoanticuerpos anti-Ro52/SSA maternos asociados al bloqueo cardíaco.** Amanda Skog, Marie Wahren-Herlenius, MD, PhD, Birgitta Sundström, RN, Katarina Bremme, MD, PhD, y Sven-Erik Sonesson, MD, PhD.

Resultados. Las mujeres que dieron a luz a niños con bloqueo auriculoventricular prenatal de segundo o tercer grado tenían mayor edad y paridad que aquellas otras cuyos hijos presentaron bloqueo auriculoventricular de primer grado o una conducción A-V normal. Los embarazos con bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado fueron < 40 semanas completas, mientras que los embarazos con bloqueo auriculoventricular de primer grado o con conducción A-V normal presentaron una duración normal. Los fetos con bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado presentaron un retraso de $-0,98 \pm 0,77$ DE en el peso al nacer, y no mostraron crecimiento de recuperación durante la época de lactante. En cambio, los fetos con bloqueo auriculoventricular de primer grado o con conducción A-V normal presentaron una reducción de $-0,51 \pm 1,01$ DE y experimentaron crecimiento de recuperación durante los tres primeros meses de vida extrauterina.

Conclusiones. El presente informe sirve para documentar que los recién nacidos con bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado mediado por autoanticuerpos presentan un retraso de crecimiento, con o sin recuperación durante la época de lactante. En cambio, los fetos con bloqueo auriculoventricular de primer grado o con conducción A-V normal presentan un crecimiento normal poco después de nacer. La mayor edad y/o paridad materna conllevan al parecer un mayor riesgo de bloqueo cardíaco fetal. *Pediatrics*. 2008;121:e803-e809.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1659

RESUMEN. **Tabaquismo materno y cardiopatías congénitas.** Sadia Malik, MD, MPH, Mario A. Cleves, PhD, Margaret A. Honein, PhD, MPH, Paul A. Romitti, PhD, Lorenzo D. Botto, MD, Shengping Yang, MS, Charlotte A. Hobbs, MD, PhD, y el National Birth Defects Prevention Study.

Resultados. Los casos tenían más probabilidades de ser prematuros y tener menos peso al nacer que los controles. Las mujeres que fumaron en alguna ocasión desde el mes anterior al embarazo hasta el final del primer trimestre tuvieron más probabilidades de que sus hijos presentaran un defecto septal, en comparación con las mujeres que no fumaron durante dicho período. Esta relación fue más estrecha en las madres cuyo consumo de tabaco fue elevado durante el mencionado período. Esta asociación fue independiente de los factores que podían motivar confusión, como el uso prenatal de vitaminas, el consumo de alcohol y la edad, raza o etnia maternas. En comparación con las mujeres no fumadoras, las que fumaron ≥ 25 cigarrillos al día tuvieron más probabilidades de que sus hijos presentaran lesiones obstructivas derechas. No hubo un mayor riesgo de cardiopatías congénitas en la exposición pasiva materna al humo de tabaco.

Conclusiones. El tabaquismo materno durante el embarazo se asocia con defectos septales y lesiones obstructivas derechas. Las investigaciones adicionales sobre la cronología de la exposición al tabaco, así como sobre las susceptibilidades genéticas que podrían modificar este riesgo, apoyarán una base más sólida para elaborar unas estrategias de prevención primaria, tanto clínicas como de salud pública. *Pediatrics*. 2008;121:e810-e816.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1519

RESUMEN. Utilidad de las radiografías de toda la extremidad inferior para estudiar a los niños de corta edad que dejan de apoyar el peso del cuerpo. Christopher M. Baron, MD, Jayne Seekins, DO, Marta Hernanz-Schulman, MD, Chang Yu, PhD, y J. Herman Kan, MD.

Resultados. En la presentación inicial existían fracturas en 13 pacientes del grupo de estudio (9,8%) y en 23 del grupo de control (17,9%). En total (al incluir el seguimiento) había fracturas en 14 pacientes del grupo de estudio (10,5%) y en 26 del grupo de control (20,3%). Las fracturas se hallaban exclusivamente en la tibia en el 100% del grupo de estudio. Había una fractura extratibial (metatarsiana) en 1 paciente de control (0,7%). En el grupo de estudio, los diagnósticos adicionales incluyeron el raquitismo ($n = 1$), la ataxia cerebelosa ($n = 1$) y el absceso epidural ($n = 1$).

Conclusiones. Los hallazgos de nuestro estudio indican que el valor diagnóstico de una radiografía de toda la extremidad inferior es similar al de una radiografía de la tibia, en la marcha diagnóstica para estudiar a un niño de corta edad que no apoya el peso y carece de antecedentes traumáticos y signos de localización. El ahorro de irradiación y de costes puede lograrse si se reservan las radiografías adicionales para los pacientes con un alto índice de sospecha y unos hallazgos normales en la radiografía tibial. *Pediatrics*. 2008;121:e817-e820.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1899

RESUMEN. Asociación entre los trastornos del espectro autista infantil y la pérdida de ingresos económicos familiares. Guillermo Montes, PhD, y Jill S. Halterman, MD, MPH.

Resultados. Tanto el tener un hijo con un trastorno del espectro autista como el tenerlo con otras discapacidades se asociaron con unas menores probabilidades de vivir en un

hogar con ingresos elevados, después de controlar los factores del nivel educativo parental, el tipo de familia, la edad de los progenitores, la localización del hogar y las etnias minoritarias. El promedio de la reducción de ingresos anuales en relación con tener un hijo que presenta un trastorno del espectro autista fue de 6.200 dólares, o 14% de los ingresos.

Conclusión. El autismo infantil se asocia con una disminución sustancial de los ingresos económicos anuales en el hogar. Ello supone una carga importante para las familias que han de afrontar gastos adicionales fuera del presupuesto. *Pediatrics*. 2008;121:e821-e826.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1594

RESUMEN. Resultados de inocuidad y eficacia a largo plazo mediante la pauta de tratamiento antirretroviral altamente activo con la administración de emtricitabina 1 vez al día en niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Xavier Saez-Llorens, MD, Avy Violari, MD, Dalubuhle Ndiweni, MD, Ram Yogeve, MD, Miguel Cashat, MD, Andrew Wiznia, MD, Greg Chittick, BSc, Jeanette Harris, BS, John Hinkle, PhD, M. Robert Blum, PhD, Nathalie Adda, MD, y Franck Rousseau, MD, para el FTC-203 Study Team.

Resultados. Las probabilidades Kaplan-Meier de una respuesta virológica persistente a ≤ 400 copias/ml y a ≤ 50 copias/ml, en la población con intención de tratar hasta la semana 164, fueron de 74% y 62%, respectivamente. Tres sujetos (3%) abandonaron el estudio por la aparición de efectos adversos; 8 (7%) lo hicieron por fallo virológico, y 1 falleció, durante una mediana de seguimiento de 164 semanas. Las tasas anualizadas de incidencias de fenómenos adversos de grados 3 o 4, y de anomalías de laboratorio de grados 3 o 4, fueron de 6% y 3%, respectivamente. La tasa anualizada de incidencia de fenómenos adversos importantes fue del 9%, con 1% atribuido a la emtricitabina. El análisis genotípico mostró la aparición de la mutación M184V en 4 de los 15 sujetos que experimentaron un fallo virológico hasta la semana 164. El estudio farmacocinético demostró que las exposiciones medicamentosas plasmáticas eran comparables en estos niños y en los adultos que recibían la dosis aprobada de 200 mg 1 vez al día.

Conclusiones. Estos resultados demuestran la inocuidad y la eficacia de la emtricitabina en los pacientes pediátricos. También apoyan que su perfil de inocuidad y eficacia en los niños es similar al observado en los adultos. *Pediatrics*. 2008;121:e827-e835.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-3078

RESUMEN. Controversia sobre el autismo y la vacunación anti-sarampión-paperas-rubeola; relación entre su cobertura en los medios de comunicación y las tasas de administración de dicha vacuna en Estados Unidos. Michael J. Smith, MD, Susan S. Ellenberg, PhD, Louis M. Bell, MD, y David M. Rubin, MD, MSCE.

Resultados. La omisión de la vacuna anti-sarampión-paperas-rubeola, que era tan sólo de 0,77% en 1995, aumentó a 2,1% en la 2000 National Immunization Survey. Los niños incluidos en esta última encuesta nacieron cuando la supuesta relación entre dicha vacuna y el autismo surgió en la literatura médica, pero antes de que fuera objeto de aten-

ción significativa por parte de los medios de comunicación. La falta de administración selectiva de la vacuna fue más prevalente en los consultorios privados y no guardó relación con las características de las familias. Dicha falta de administración volvió a sus niveles basales antes de que comenzara a prestarse atención en los medios a su supuesta relación con el autismo.

Conclusiones. Hubo un aumento significativo en la omisión selectiva de la vacuna anti-sarampión-paperas-rubeola que se asoció cronológicamente con la publicación de la literatura científica original que sugería una relación entre dicha vacuna y el autismo, lo que precedió a la atención prestada en los medios a esta controversia. Este hallazgo sugiere que los medios de comunicación principales ejercieron una limitada influencia sobre la vacunación anti-sarampión-paperas-rubeola en Estados Unidos. *Pediatrics*. 2008;121:e836-e843.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1760

RESUMEN. Concentraciones elevadas de morfina en los recién nacidos tratados con este fármaco e hipotermia prolongada para la encefalopatía hipóxico-isquémica. Anikó Róka, MD, Kis Tamas Melinda, MD, Barna Vásárhelyi, PhD, Tamás Machay, PhD, Denis Azzopardi, MD, y Miklós Szabó, PhD.

Resultados. Las concentraciones séricas de morfina a las 24 a 72 h tras el nacimiento fueron (mediana [límites]) de 292 ng/ml (137-767 ng/ml) en los niños tratados con hipotermia, y de 206 ng/ml (88-327 ng/ml) en los niños con normotermia, a pesar de que las tasas de perfusión y las dosis acumuladas de morfina fueron similares. Las concentraciones de morfina correlacionaron con su tasa de perfusión, la dosis acumulada y el tratamiento con hipotermia. Las concentraciones séricas de morfina alcanzaron el equilibrio dinámico al cabo de 24 h en los niños normotérmicos, pero siguieron aumentando durante el período de valoración en el grupo hipotérmico. El aclaramiento de morfina fue bajo en ambos grupos: el aclaramiento estimado (mediana [límites]) a partir del área bajo la curva fue de 0,69 ml/min/kg de peso (0,58-1,21 ml/min/kg) en el grupo hipotérmico, y de 0,89 ml/min/kg (0,65-1,33 ml/min/kg) en el grupo normotérmico. Las concentraciones séricas de morfina > 300 ng/ml se observaron con más frecuencia en el grupo hipotérmico y cuando la tasa de perfusión de morfina fue > 10 µg/kg/h.

Conclusiones. Los lactantes con encefalopatía hipóxico-isquémica presentan una disminución del aclaramiento de morfina y un aumento de su concentración sérica cuando las tasas de perfusión de morfina se basan en el estado clínico. Pueden ocurrir concentraciones séricas de morfina potencialmente tóxicas en la hipotermia moderada y con tasas de perfusión > 10 µg/kg/h. *Pediatrics*. 2008;121:e844-e849.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1987

RESUMEN. Ensayo doble ciego, de distribución aleatoria y controlado con placebo, sobre la administración de probióticos para la prevención primaria: ausencia de efectos clínicos con los suplementos de *Lactobacillus GG*. Matthias Volkmar Kopp, MD, Isabell Hennemuth, MD, Andrea Heinzmann, MD, y Radvan Urbanek, MD.

Resultados. Se diagnosticó dermatitis atópica en 14 (28%) de 50 niños del grupo *Lactobacillus GG*, y en 12 (27,3%) de 44 niños del grupo placebo. El riesgo de dermatitis atópica en niños que recibieron probióticos, en relación con quienes recibieron un placebo, fue de 0,96. La intensidad de la dermatitis atópica fue comparable en ambos grupos. Como hecho a destacar, en el grupo *Lactobacillus GG* hubo más niños con episodios recurrentes (≥ 5) de bronquitis con sibilancias (26%; n = 13) que en el grupo placebo (9,1%, n = 4). No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a las concentraciones totales de inmunoglobulina E o al número de sensibilizaciones específicas a los alergenos inhalados.

Conclusiones. Los suplementos de *Lactobacillus GG* durante el embarazo y a comienzos de la época de lactante no redujeron la incidencia de la dermatitis atópica ni modificaron su intensidad en los niños afectados; además, se asociaron con una tasa más elevada de episodios recurrentes de bronquitis con sibilancias. Por consiguiente, no puede recomendarse en general la administración de *Lactobacillus GG* para la prevención primaria. *Pediatrics*. 2008;121:e850-e856.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1492

RESUMEN. Prevención de las hemorragias por déficit de vitamina K en los lactantes alimentados al pecho: resultados de los archivos holandeses y daneses sobre atresia biliar. Peter M. van Hasselt, MD, Tom J. de Koning, MD, PhD, Nina Kvist, MD, Elsemiek de Vries, BS, Christina Rydahl Lundin, BS, Ruud Berger, MD, PhD, Jan L. L. Kimpen, MD, PhD, Roderick H. J. Houwen, MD, PhD, Marianne Horby Jorgensen, MD, PhD, Henkjan J. Verkade, MD, PhD, y el Netherlands Study Group for Biliary Atresia Registry.

Resultados. Se observaron hemorragias por déficit de vitamina K en 25 de 30 lactantes criados al pecho que recibieron 25 µg diarios como profilaxis oral; en 1 de 13 a quienes se administró 1 mg semanal, también como profilaxis oral; en 1 de 10 que recibieron 2 mg por vía intramuscular al nacer, y en 1 de 98 niños que recibieron lactancia artificial ($p < 0,001$). El riesgo relativo de hemorragia en los niños criados al pecho, en comparación con los que recibieron lactancia artificial, fue de 77,5 con la profilaxis de 25 µg/día por vía oral; de 7,2 con 1 mg/semana por vía oral, y de 9,3 con 2 mg por vía intramuscular al nacer.

Conclusiones. Una dosis diaria de 25 µg de vitamina K no evita las hemorragias en niños aparentemente sanos que presentan colestasis por atresia biliar no diagnosticada. Con 1 mg/semana de profilaxis oral se ofrece una protección significativamente mayor a estos niños, con una eficacia similar a la que se aporta al administrar 2 mg por vía intramuscular al nacer. Nuestros datos subrayan que los análisis de eventos en determinadas poblaciones de riesgo pueden servir de ayuda para valorar y mejorar las pautas profilácticas a escala nacional. *Pediatrics*. 2008;121:e857-e863.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1788

RESUMEN. Reingresos por ictericia neonatal en California, 1991-2000: tendencias y consecuencias. Anthony E. Burgos, MD, MPH, Susan K. Schmitt, PhD, David K. Stevenson, MD, y Ciaran S. Phibbs, PhD.

Resultados. Las tasas de reingresos por ictericia aumentaron en general después de 1994 y alcanzaron su máximo en 1998, con una cifra de 11,34/1.000. Durante el período de estudio, la tasa de reingresos de los niños nacidos a finales del período pretérmino (en proporción de todos los niños) permaneció < 2/1.000. Los factores asociados con unas mayores probabilidades de reingresar en el hospital por ictericia fueron la edad gestacional de 34 a 39 semanas, el peso al nacer < 2.500 g, el sexo masculino, la inscripción en Medicaid o en seguros privados y la raza asiática. Los factores asociados con unas menores probabilidades de reingreso fueron el parto por cesárea y la raza negra. El coste medio del reingreso para todos los niños fue de 2.764 dólares, con una mediana de 1.594 dólares.

Conclusiones. Las tasas de reingreso por ictericia, ajustadas al riesgo, aumentaron después de las normas de 1994 para la hiperbilirrubinemia, y disminuyeron tras la legislación de 1998 relativa a la duración de la estancia hospitalaria posparto. En 2000, la tasa de reingresos permaneció un 6% más elevada que en 1991. Estos hallazgos destacan la compleja relación que existe entre la fisiología neonatal, la socioeconomía, la raza o etnia, la política sanitaria, las normas clínicas y la práctica médica habitual. Estos datos sobre la tendencia aportan la base necesaria para estudiar si las normas revisadas modificarán los patrones prácticos o mejorarán la evolución. Los datos sobre costes también proporcionan un punto de equilibrio para las estrategias de prevención. *Pediatrics*. 2008;121:e864-e869.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1214

RESUMEN. El tratamiento neonatal con dexametasona para la neumopatía crónica de la prematuridad altera el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y la actividad del sistema inmunitario en la edad escolar. Rosa Karemaker, MD, PhD, Annemiek Kavelaars, PhD, Maike ter Wolbeek, PhD, Marijke Tersteeg-Kamperman, Wim Baerts, MD, PhD, Sylvia Veen, MD, PhD, Jannie F. Samsom, MD, PhD, Gerard H. A. Visser, MD, PhD, Frank van Bel, MD, PhD, y Cobi J. Heijnen, PhD.

Resultados. El Trier Social Stress Test adaptado para la edad infantil indujo una respuesta de hormona adrenocorticotropa y cortisol en todos los grupos. La respuesta de hormona adrenocorticotropa fue discreta en el grupo de la dexametasona. El nivel global de cortisol fue más bajo en el grupo de la dexametasona que en los grupos de hidrocortisona y de referencia. Las cifras de cortisol y de hormona adrenocorticotropa fueron similares en los grupos de hidrocortisona y de referencia. No hubo diferencias entre los grupos con respecto a los aumentos máximos de cortisol y hormona adrenocorticotropa inducidos por el estrés. El cociente entre interferón γ inducido por mitógenos de las células T/secreción de interleucina 4 fue significativamente mayor en el grupo de la dexametasona que en el grupo de la hidrocortisona. La producción de interferón γ y los cocientes de interferón γ /interleucina 4 y de interferón γ /interleucina 10 fueron significativamente más elevados en el grupo de la dexametasona que en el grupo de referencia. Sin embargo, la producción de estas citocinas no difirió entre los grupos de hidrocortisona y de referencia.

Conclusión. El tratamiento de los niños prematuros con dexametasona, pero no con hidrocortisona, dio lugar a unos efectos de programación más duraderos sobre el eje hipotá-

lamo-hipófiso-suprarrenal y sobre el balance de citocinas de las células T auxiliares-1/células T auxiliares-2. Es necesario el seguimiento de estos niños para investigar las consecuencias clínicas a largo plazo. Recomendamos que los autores de ensayos controlados de distribución aleatoria efectuados con anterioridad incluyan los análisis inmunitarios y neuroendocrinos en el seguimiento prolongado de estos niños. *Pediatrics*. 2008;121:e870-e878.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2454

RESUMEN. El índice de macrófagos cargados de lípidos no es un indicador de la enfermedad respiratoria por reflujo gastroesofágico en el niño. Rachel Rosen, MD, MPH, Julia Fritz, BA, Ariela Nurko, Dawn Simon, MD, y Samuel Nurko, MD, MPH.

Resultados. No hubo correlación significativa entre el índice de macrófagos cargados de lípidos y el número de episodios de reflujo, ácido o no ácido. Tampoco hubo correlación significativa entre dicho índice y la cantidad de la columna llena de reflujo. De igual modo, no hubo diferencia significativa en la cifra media del índice de macrófagos cargados de lípidos entre los pacientes con o sin esofagitis. Finalmente, en los pacientes sometidos a plicatura del fundus ($n = 13$) por enfermedad respiratoria intratable, no hubo diferencia significativa en ninguno de los parámetros del reflujo entre los pacientes que experimentaron mejoría clínica después de la plicatura y los que no mejoraron. Sin embargo, hubo un índice de macrófagos cargados de lípidos más elevado en los pacientes sin mejoría sintomática, en comparación con los pacientes que mejoraron.

Conclusiones. El índice de macrófagos cargados de lípidos carece de la especificidad necesaria para detectar la enfermedad respiratoria relacionada con el reflujo. *Pediatrics*. 2008;121:e879-e884.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0723

RESUMEN. Genética de la cronología puberal y sus asociaciones con el peso relativo en la infancia y la talla adulta: estudio sueco en varones gemelares jóvenes. Kari Silventoinen, PhD, Jari Haukka, PhD, Leo Dunkel, MD, PhD, Per Tynelius, MSC, y Finn Rasmussen, MD, PhD, MPH.

Resultados. La capacidad hereditaria estimada fue de 0,91 para la edad de comienzo del brote de crecimiento puberal; de 0,93 para la edad de la máxima velocidad de crecimiento, y de 0,97 para la talla adulta. La edad de comienzo del brote de crecimiento puberal se asoció negativamente con el IMC desde 1 a 10 años de edad y con la estatura a comienzos de la edad adulta. En cuanto a la edad de la máxima velocidad de crecimiento, se hallaron asociaciones similares con el IMC infantil y con la estatura a comienzos de la vida adulta. Estas asociaciones se explicaron por factores genéticos comunes.

Conclusión. El crecimiento durante la pubertad está regulado genéticamente de un modo estricto. Estos factores genéticos también explican el porqué los muchachos que maduraron tempranamente tenían un IMC más elevado durante la infancia y eran más altos a comienzos de la edad adulta. *Pediatrics*. 2008;121:e885-e891.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1615

RESUMEN. **Hipertensión pulmonar en pacientes con un cortocircuito venoso portosistémico: una asociación previamente no reconocida.** Takuro Ohno, MD, PhD, Jun Muneuchi, MD, Kenji Ihara, MD, PhD, Tetsuji Yuge, MD, Yoshiaki Kanaya, MD, Shigeo Yamaki, MD, PhD, y Toshiro Hara, MD, PhD.

Resultados. Se detectó un ductus venoso permeable en 5 pacientes, 3 de ellos con ausencia de la vena porta. En otros 4 pacientes se observó la presencia de un cortocircuito gastrorrenal o esplenorenal. Seis pacientes tenían historia de hipergalactosemia con actividades enzimáticas normales en el cribado neonatal. En 6 (66,7%) de los 9 pacientes se identificó una hipertensión arterial pulmonar clínicamente significativa (presión arterial pulmonar media: 34-79 mmHg; resistencia vascular pulmonar: 5,12-38,07 U). La edad mediana al comienzo de la hipertensión arterial pulmonar fue de 12 años y 3 meses. Los estudios anatopatológicos de muestras pulmonares, disponibles en 4 de los 9 pacientes con cortocircuito venoso portosistémico congénito, mostraron lesiones microtrombóticas arteriolares en 3 pacientes. Este hallazgo característico se reconoció incluso en los pacientes con un cortocircuito venoso portosistémico congénito sin hipertensión arterial pulmonar.

Conclusiones. El presente estudio demostró que la hipertensión arterial pulmonar tromboembólica es una complicación crucial en los casos de cortocircuito venoso portosistémico congénito, y esta situación puede encontrarse de un modo latente en pacientes con hipertensión arterial pulmonar de causa desconocida. *Pediatrics*. 2008;121:e892-e899.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-3411

RESUMEN. Aporte selectivo a las familias de materiales para el auto-control del asma. Michael D. Cabana, MD, MPH, D. Curt Chaffin, MD, Leah G. Jarlsberg, Shannon M. Thyne, MD, y Noreen M. Clark, PhD.

Resultados. En las familias donde los progenitores sólo completaron su educación en una high-school, hubo más probabilidades de que recibieran un plan de actuación para el asma y de que el médico revisara las instrucciones escritas sobre el modo de utilizar un inhalador. En las familias con unos ingresos inferiores al doble del umbral de la pobreza, hubo más probabilidades de que recibieran un plan de actuación para el asma, así como de que el médico remitiera una carta a la escuela sobre el asma del niño y de que obtuvieran un diario para registrar los síntomas asmáticos.

Conclusiones. En esta muestra, los pediatras de asistencia primaria no imparten sistemáticamente la educación sobre el asma que recomiendan las normas del National Heart, Lung and Blood Institute, y “seleccionan” a las familias que reciben información adicional sobre el asma. En nuestra opinión, el uso de una educación orientada a este respecto es un síntoma de las limitaciones de tiempo y las demandas competitivas que se producen durante una visita típica. A consecuencia de ello, los responsables del control de calidad deben estimular a los médicos a que incrementen su eficiencia y eficacia para aportar educación sobre el asma, a pesar de las limitaciones de tiempo, o a que desarrollen sistemas alternativos para proporcionar dicha educación. *Pediatrics*. 2008;121:e900-e905.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1559

RESUMEN. Comparación entre los niños con enfermedades o lesiones graves trasladados desde otros hospitales y los ingresados directamente en el propio hospital. Christopher J. Gregory, MD, Farid Nasrollahzadeh, MD, Madan Dharmar, MBBS, Kourosh Parsapour, MD, y James P. Marcin, MD, MPH.

Resultados. Los pacientes ingresados desde los servicios de urgencias de otros hospitales recibieron más perfusiones vasoactivas (7,31% frente a 5,23%) y ventilación mecánica (33,45% frente a 23,6%) que los procedentes del servicio de urgencias del propio hospital. En comparación con los pacientes que estaban ingresados en las salas del propio hospital, los procedentes de salas de otros hospitales presentaron unas tasas más elevadas de ventilación mecánica (45,05% frente a 28,56%) y una estancia más prolongada en la UCIP (8,0 frente a 6,7 días).

Conclusiones. Por término medio, los niños ingresados en una cohorte de UCIP de Estados Unidos procedentes de otros hospitales presentaban una mayor gravedad y requerían más medidas de cuidados intensivos que los pacientes ingresados en las mismas UCIP procedentes de la propia institución. Las diferencias de nivel hospitalario en cuanto a la eficiencia de la UCIP y a la gravedad del proceso fueron muy amplias. Estos datos subrayan la necesidad de estandarizar los criterios de ingreso en la UCIP para incrementar al máximo la eficiencia del hospital; además, sugieren la posibilidad de una intervención y una consulta más precoz por parte de los hospitales con servicios de UCIP para mejorar la calidad de la asistencia prestada a los niños en situación clínica grave. *Pediatrics*. 2008;121:e906-e911.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2089

RESUMEN. Conductas de auto-asistencia, diferencias raciales y control de la glucemia en los adolescentes con diabetes de tipo 2. Russell L. Rothman, MD, MPP, Shelagh Mulvaney, PhD, Tom A. Elasy, MD, MPH, Ann VanderWoude, MSN, APRN, CDE, Tebeb Gebretsadik, MPH, Ayumi Shintani, PhD, MPH, Amy Potter, MD, William E. Russell, MD, y David Schlundt, PhD.

Resultados. Completaron el estudio 103 (74%) de los 139 pacientes contactados. La edad media era de 15,4 años; el 69% pertenecía al sexo femenino; el 47% era de raza blanca, y el 46% de raza negra. El porcentaje medio de hemoglobina glucosilada fue de 7,7%, y el promedio de duración de la diabetes, de 2,0 años. Más del 80% de los pacientes manifestó que colaboraba con $\geq 75\%$ de la medicación, y el 59% monitorizaba la glucemia > 2 veces al día. Sin embargo, los pacientes informaron sobre episodios frecuentes de comidas excesivas y consumo de bebidas azucaradas y fast food. Más del 70% de los pacientes hacía ejercicio físico ≥ 2 veces a la semana, pero el 68% veía la TV ≥ 2 h al día. Los pacientes de razas no blancas presentaban unos niveles más elevados de hemoglobina glucosilada y de hospitalizaciones anuales, en comparación con los de raza blanca. En los análisis con variables múltiples, la raza no blanca se asoció significativamente con unos niveles más elevados de hemoglobina glucosilada, incluso después de ajustar los factores de edad, sexo, IMC, situación de aseguramiento sanitario y otros parámetros. Los pacientes de razas no blancas tenían más probabilidades de ver la TV ≥ 2 h al día (78% frente a 56%), de hacer

ejercicio ≤ 1 vez a la semana (35% frente a 21%) y de tomar ≥ 1 bebida azucarada al día (27% frente a 13%).

Conclusión. Aunque los pacientes informaron sobre un cumplimiento adecuado de la medicación y la monitorización, al mismo tiempo seguían unos hábitos deficientes de dieta y ejercicio. La raza no blanca se asoció significativamente con un control más defectuoso de la glucemia, incluso después de ajustar las covariables. Ello puede estar relacionado en parte con diferencias en el estilo de vida. Está indicado realizar nuevos estudios para valorar más a fondo las conductas de auto-asistencia y las potenciales disparidades raciales en los adolescentes con diabetes de tipo 2. *Pediatrics*. 2008;121:e912-e919.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1484

RESUMEN. Cocientes de aminoácidos en líquido cefalorraquídeo/plasma en la edad infantil: influencia de la edad, el sexo y la medicación antiepileptica. Sabine Scholl-Bürgi, MD, Edda Haberlandt, MD, Peter Heinz-Erian, MD, Florian Deisenhammer, MD, MSc, Ursula Albrecht, MD, Sara Baumgartner Sigl, MD, Markus Rauchenzauner, MD, Hanno Ulmer, PhD, y Daniela Karall, MD.

Resultados. Los cocientes líquido cefalorraquídeo/plasma oscilaron entre 0,02 para la glicina y 0,93 para la glutamina. La edad ejerció una influencia significativa sobre los cocientes líquido cefalorraquídeo/plasma de valina, isoleucina, leucina y tirosina, con unos valores más elevados en los niños más pequeños. El sexo ejerció una influencia significativa tan sólo en el cociente líquido cefalorraquídeo/plasma de la glutamina (las niñas presentaban unos valores más bajos). Los cocientes líquido cefalorraquídeo/plasma de glutamina y tirosina se elevaron significativamente con el tratamiento de valproato, y los cocientes de serina, asparagina, glutamina, valina, metionina y fenilalamina, con el tratamiento de fenobarbital. No se detectó ninguna influencia significativa de la edad, el sexo o los fármacos antiepilepticos sobre los cocientes líquido cefalorraquídeo/plasma de treonina, prolina, glicina, alanina, histidina, ornitina, lisina y arginina.

Conclusiones. Los cocientes líquido cefalorraquídeo/plasma, especialmente por lo que respecta a los aminoácidos esenciales neutros y a serina, asparagina y glutamina, se influyeron en distintos grados por la edad, el sexo y el tratamiento con fármacos antiepilepticos. *Pediatrics*. 2008; 121:e920-e926.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1631

RESUMEN. Desarrollo, comprobación y hallazgos con un método para identificar los fenómenos medicamentosos adversos en los niños ingresados en hospitales de Estados Unidos. Glenn S. Takata, MD, Wilbert Mason, MD, MPH, Carol Taketomo, PharmD, Tina Logsdon, MS, y Paul J. Sharek, MD, MPH.

Resultados. La revisión de 960 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente en 12 hospitales infantiles reveló 2.388 factores desencadenantes (2,49 por paciente) y 107 fenómenos medicamentosos adversos individuales. Las tasas medias de fenómenos medicamentosos adversos fueron de 11,1 por 100 pacientes, 15,7 por 1.000 días-paciente y 1,23 por 1.000 dosis de medicación. El valor predictivo po-

sitivo para el factor desencadenante fue de 3,7%. El 22% de todos los fenómenos medicamentosos adversos se juzgó evitable; el 17,8% se pudo haber detectado más precozmente, y el 16,8% se pudo haber combatido con más eficacia. El 97% de los fenómenos medicamentosos adversos identificados dio lugar a trastornos pasajeros de carácter leve. Sólo el 3,7% de los fenómenos medicamentosos adversos se identificó a través de informes existentes del propio hospital. Los fenómenos medicamentosos adversos que se identificaron con más frecuencia fueron el prurito y las náuseas; los tipos de medicamentos implicados más a menudo fueron los analgésicos opioides y los antibióticos, y las fases del proceso asistencial en que se produjeron con más frecuencia los fenómenos medicamentosos adversos evitables fueron la monitorización, la prescripción y las órdenes médicas.

Conclusiones. Las tasas de fenómenos medicamentosos adversos en los niños hospitalizados son sustancialmente más elevadas que las descritas con anterioridad. La mayoría de los fenómenos medicamentosos adversos dio lugar a trastornos pasajeros; el 22% se calificó de evitable, y sólo el 3,7% se identificó con los métodos tradicionales de informes voluntarios. Nuestro método para investigar estos fenómenos es eficaz para identificar los fenómenos medicamentosos adversos en los pacientes pediátricos hospitalizados. *Pediatrics*. 2008;121:e927-e935.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1779

RESUMEN. Diferencias en las tasas y la evolución a corto plazo de los niños nacidos vivos antes de las 32 semanas de gestación en Europa en 2003: resultados de la cohorte MOSAIC. Jennifer Zeitlin, DSC, Elizabeth S. Draper, PhD, Louis Kollée, MD, PhD, David Milligan, MD, Klaus Boerch, MD, Rocco Agostino, MD, Ludwig Gortner, MD, PhD, Patrick van Reempts, MD, PhD, Jean-Louis Chabernaud, MD, Janusz Gadzinowski, MD, Gérard Bréart, MD, PhD, Emile Papiernik, MD, y el MOSAIC research group.

Resultados. Los recién nacidos vivos entre 24 y 31 semanas de gestación constituyeron el 9,9/1.000 del total de nacidos vivos, con unos límites de 7,6 a 13,0 en las distintas regiones MOSAIC. La mortalidad estándar en las regiones de alta mortalidad fue el doble que en las de baja mortalidad (18%-20% frente a 7%-9%), y difirió en los lactantes < 28 semanas de gestación, así como en los de 28 a 31 semanas. La morbilidad en los supervivientes también osciló de forma significativa (hemorragia intraventricular/ leucomalacia periventricular, de 2,6% a > 10%; displasia broncopulmonar, de 10,5% a 21,5%), pero difirió en relación con las cifras de mortalidad. Recibieron el alta hospitalaria 85,2 lactantes muy pretérmino/10.000 nacidos vivos, con unos límites de 64,1 a 117,1; estos límites fueron de 10 a 31/10.000 nacidos vivos para los niños dados de alta con un diagnóstico de morbilidad neurológica o respiratoria.

Conclusiones. La mortalidad y morbilidad de los lactantes muy pretérmino difirió entre las distintas regiones europeas, lo que suscita una serie de temas sobre las variaciones del tratamiento aplicado a estos niños. Es necesario realizar estudios comparativos de seguimiento para valorar el impacto de estas diferencias sobre las tasas de parálisis cerebral y otras discapacidades asociadas con el nacimiento pretérmino en las distintas regiones europeas. *Pediatrics*. 2008;121:e936-e944.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1620

RESUMEN. **Variaciones en los informes de los expertos sobre la probabilidad de los malos tratos físicos infantiles.** Daniel Martin Lindberg, MD, Christopher John Lindsell, PhD, y Robert Allan Shapiro, MD.

Resultados. Los participantes ($n = 22$) presentaron en la mayoría de los casos una amplia variabilidad en todas las escalas. La variabilidad fue más reducida en los casos con las mayores pruebas de malos tratos. En una escala que incluía casos que servían de ejemplos para describir cada categoría, y donde se empleaba un lenguaje estándar en el resumen de los resultados, se observó un discreto (18%-23%) descenso en la variabilidad entre los participantes. La interpretación de las categorías empleadas en las escalas fue más uniforme. En raras ocasiones se catalogaron los casos como "malos tratos indudables" cuando la probabilidad se estimó que era $\leq 95\%$. Sólo 7 de 156 casos calificados con una probabilidad $\leq 15\%$ se catalogaron como "sin temores razonables de malos tratos". Sólo 9 de 858 casos calificados con una probabilidad $\geq 35\%$ se catalogaron como "temores razonables de malos tratos".

Conclusiones. Las valoraciones de los malos tratos infantiles muestran una amplia variabilidad entre los expertos. Esta variabilidad puede disminuir mediante una escala de calificación que ofrezca ejemplos de pacientes y un lenguaje estándar para el informe. Sin embargo, los clínicos e investigadores deben ser prudentes al interpretar la valoración sobre la probabilidad de malos tratos ofrecida por un solo experto. Estos datos apoyan la revisión por otros expertos, o la intervención de un equipo multidisciplinario, para valorar los malos tratos infantiles. *Pediatrics*. 2008;121:e945-e953.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2485

RESUMEN. **Lesiones producidas durante la práctica de la gimnasia en niños que recibieron tratamiento en servicios de urgencias en Estados Unidos, 1990-2005.** Shubha Singh, BS, Gary A. Smith, MD, DrPH, Sarah K. Fields, JD, PhD, y Lara B. McKenzie, PhD.

Resultados. Un número estimado de 425.900 niños de 6 a 17 años recibieron tratamiento en los servicios de urgencias de Estados Unidos por lesiones relacionadas con la gimnasia durante el período de 16 años desde 1990 a 2005. El número de lesiones fue de 26.000 por término medio cada año. El número de lesiones por 1.000 gimnastas por año fue de 4,8 en la población pediátrica. El número de lesiones/1.000 gimnastas/año fue mayor de los 12 a los 17 años (7,4) que de los 6 a los 11 años (3,6). El lugar donde ocurrió la lesión fue en la escuela (40,0%), parques recreativos o deportivos (39,7%), el hogar (14,5%) u otros lugares públicos (5,8%). Las partes del cuerpo lesionadas fueron la extremidad superior (42,3%), la extremidad inferior (33,8%), la cabeza o el cuello (12,9%), el tronco (10,4%) y otros lugares (0,6%). Los diagnósticos fueron: distensión/esguince (44,5%), fractura/luxación (30,4%), erosión/contusión (15,6%), desgarro/arrancamiento (3,7%), conmoción/trumatismo craneal cerrado (1,7%) y otros (4,2%). La mayoría (97,1%) de los pacientes con lesiones relacionadas con la gimnasia se trataron y dieron de alta en el servicio de urgencias.

Conclusiones. La gimnasia presenta una de las tasas más elevadas de lesiones producidas por todos los deportes en el sexo femenino. El establecimiento de una base de datos nacional para las lesiones relacionadas con la gimnasia, in-

cluidos los datos de exposición para el cálculo directo de las tasas de lesiones, permitiría identificar y monitorizar más adecuadamente los factores de riesgo para las lesiones producidas por la gimnasia y ayudaría a desarrollar, poner en práctica y valorar las estrategias de prevención basadas en datos epidemiológicos. *Pediatrics*. 2008;121:e954-e960.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0767

RESUMEN. **Colaboración durante un mes en los niños recién diagnosticados de epilepsia: no siempre se cumplen las indicaciones del médico.** Avani C. Modi, PhD, Diego A. Morrita, MD, y Tracy A. Glauser, MD.

Resultados. La colaboración durante el primer mes de tratamiento de los niños recién diagnosticados de epilepsia fue del 79,4%. Esta colaboración fue mayor en los hijos de padres casados y en las familias de nivel socioeconómico más elevado; en cambio no guardó relación con el sexo o la edad del niño, el tipo de epilepsia, la medicación prescrita, la frecuencia de las convulsiones o el intervalo transcurrido desde el comienzo de la convulsión. El cumplimiento a lo largo de todo el mes no fue diferente del observado 1, 3 o 5 días antes o 3 días después de la visita clínica.

Conclusiones. El escaso cumplimiento durante el primer mes de tratamiento con fármacos antiepilepticos, observado en niños recién diagnosticados de epilepsia, es motivo de preocupación. Diversos factores demográficos influyen sobre dicho cumplimiento; en cambio, no influye la proximidad de una visita clínica. Es necesario realizar nuevos estudios para documentar si esta tendencia prosigue a lo largo del tiempo, y también para determinar el impacto clínico del escaso cumplimiento. *Pediatrics*. 2008;121:e961-966.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1690

RESUMEN. **Crecimiento en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que no han recibido estimulantes. Estudio con métodos transversales y longitudinales.** Tomasz Hanç, MSc, y Joachim Cieślak, PhD.

Resultados. La diferencia observada entre los niños varones con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los valores de referencia fue estadísticamente significativa en la edad prepuberal y en el nivel medio de crecimiento entre los 2 y los 17 años. Se halló una neta suspensión del crecimiento entre los 9 y los 14 años. El análisis de la estructura del desarrollo reveló un comienzo más precoz del brote de crecimiento de la adolescencia en los varones (diferencia: 5 meses) y una mayor velocidad de crecimiento en ese momento (diferencia: 0,33 cm/año) en relación con los valores esperados.

Conclusiones. La aplicación de análisis transversales y longitudinales puso claramente de manifiesto el mayor nivel de crecimiento de los varones con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la edad prepuberal, la suspensión del crecimiento al pasar a la pubertad y la aparición más precoz del brote de crecimiento. Las diferencias observadas en el nivel y en la tendencia del crecimiento, así como en los parámetros del brote de crecimiento de la adolescencia, están relacionadas con los factores asociados a este trastorno. *Pediatrics*. 2008;121:e967-e974.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1532

RESUMEN. Uso de inhibidores de la aromatasa en niños y adolescentes con trastornos del crecimiento y el desarrollo. Dorothy I. Shulman, MD, Gary L. Francis, MD, PhD, Mark R. Palmert, MD, PhD, y Erica A. Eugster, MD, en representación del Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Drug and Therapeutics Committee.

Aunque cada vez es más frecuente el tratamiento con inhibidores de la aromatasa en niños y adolescentes con trastornos del crecimiento y el desarrollo, se dispone de pocos datos a favor o en contra de su empleo. La pubertad precoz, la cortedad de talla y la ginecomastia son otros tantos procesos donde la inhibición de la enzima aromatasa podría ser útil para reducir los signos clínicos de estrogenización y/o de maduración esquelética mediada por los estrógenos. En el presente informe se resumen los datos publicados sobre la utilización de inhibidores de la aromatasa en estos procesos, y se revisan los beneficios conocidos y posibles, las cuestiones relativas a la inocuidad y los defectos de la información disponible. *Pediatrics*. 2008;121:e975-e983.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2081

RESUMEN. Iniciativas globales para mejorar la asistencia hospitalaria infantil: estado del arte y perspectivas futuras. Harry Campbell, MD, FRCP, FRSE, Trevor Duke, MD, Martin Weber, Mike English, MBBChir, MD, Susanne Carai, MD, Giorgio Tamburlini, MD, PhD, y Pediatric Hospital Improvement Group.

Las deficiencias en la calidad de la asistencia sanitaria son un factor importante que limita el logro de los Millennium Development Goals para la salud infantil y maternal. La calidad de la asistencia prestada a los pacientes en los hospitales se halla firmemente establecida en las agendas de los países occidentales, pero ha adquirido impulso con más lentitud en los países en vías de desarrollo, a pesar de la evidencia de que existe un amplio panorama para mejorar, de que los hospitales desempeñan un importante papel en la supervivencia infantil y de que las desigualdades en la calidad pueden ser tan importantes como las desigualdades en el acceso a la asistencia. Se dispone ahora de una notable experiencia global sobre las estrategias e intervenciones para mejorar la calidad de la asistencia infantil en los hospitales con recursos limitados. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una serie de elementos que engloban un esquema para el control de calidad, así como normas clínicas basadas en la evidencia a través de un *Pocket Book of Hospital Care for Children*, material de enseñanza, valoración y mecanismos para investigar la mortalidad. Estos elementos se han comprobado sobre el terreno por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios en muchos países en vías de desarrollo. Esta experiencia colectiva ha culminado en una reunión general de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Bali en 2007. En el presente artículo se describe el modo en que muchos países están logrando mejoras para conseguir una asistencia pediátrica de calidad, a pesar de la limitación de recursos y otros obstáculos importantes; también se muestra el modo en que ha progresado la evidencia en años recientes, desde documentar la naturaleza y el panorama de los problemas hasta describir la eficacia de las intervenciones innovadoras. Persiste el problema de efectuar un balance de estas y otras estrategias y de apoyar la investigación para averiguar cuáles son el uso, el impacto, y la

sostenibilidad de estos avances en los diversos ambientes. *Pediatrics*. 2008;121:e984-e992.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1395

RESUMEN. Adiestramiento básico para el pediatra: cómo aportar una guía anticipada global con respecto al servicio militar. William P. Adelman, MD, FAAP.

Conclusión. En Norteamérica no existe ninguna otra organización que emplee a más adolescentes y adultos jóvenes, ofrezca a los adolescentes más servicios y beneficios globales, enseñe más conocimientos prácticos especiales a los adolescentes, proporcione más oportunidades para avanzar en su carrera y categoría y tenga menos base racial que la organización militar de Estados Unidos. El servicio militar, como casi todas las elecciones laborales en este país, ofrece unos beneficios y unos riesgos especiales a los adolescentes y adultos jóvenes o mayores que deciden ingresar en las fuerzas armadas. Aunque el servicio militar no es para todos, para quienes participan puede ser una carrera positiva, para estabilizar la vida y compensadora. El papel del pediatra no es el de elegir una carrera para el adolescente, sino abordar globalmente los temas del servicio militar cuando éstos se planteen, así como ayudar al paciente, a la familia y a la colectividad para decidir cuándo el servicio militar es una elección apropiada para el adolescente. *Pediatrics*. 2008;121:e993-e997.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2060

RESUMEN. Reconstitución inmunológica y recuperación de células T que expresan FOXP3 (Forkhead Box P3) después del trasplante por síndrome IPEX (disregulación inmunológica, poliendocrinopatía y enteropatía, ligado al cromosoma X). Hong Zhan, MD, PhD, Jo Sinclair, MSc, Stuart Adams, PhD, Catherine M. Cale, MB, BS, PhD, Simon Murch, MB, BS, Lucia Perroni, PhD, Graham Davies, MB, BChir, Persis Amrolia, MB, BS, PhD, y Waseem Qasim, MB, BS, PhD.

El síndrome de dis regulación inmunológica, poliendocrinopatía y enteropatía, ligado al cromosoma X, es un trastorno raro que suele aparecer a comienzos de la niñez con enteropatía inmune, diabetes mellitus y otras complicaciones autoinmunes. Está producido por mutaciones en el gen forkhead box P3, un factor de transcripción que es esencial para el desarrollo y la función de las células T reguladoras. Esta población celular desempeña un papel decisivo para controlar las respuestas inmunitarias y prevenir la autoinmunidad. El síndrome de dis regulación inmunológica, poliendocrinopatía y enteropatía, ligado al cromosoma X, se trata a menudo inicialmente con fármacos inmunosupresores, pero sólo ofrece posibilidades de curación el trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas. Recientemente hemos llevado a cabo un trasplante de un donante no emparentado en un niño con síndrome de dis regulación inmunológica, poliendocrinopatía y enteropatía, ligado al cromosoma X, mediante una pauta condicionadora de reducida intensidad. Este trasplante ofreció una rara oportunidad para obtener valiosas informaciones sobre la regeneración del sistema inmunitario después del trasplante. La recuperación clínica se asoció con el resurgimiento de poblaciones de células T reguladoras, la mayoría

de las cuales expresaron marcadores fenotípicos de memoria, lo que suscita importantes cuestiones sobre el origen y la longevidad del reservorio de células T reguladoras FOXP3⁺. *Pediatrics*. 2008;121:e998-e1002.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1863

RESUMEN. Coreoatetosis después de una encefalitis por herpes simple, con afectación de los ganglios basales en la RMN. Megan Wills Kullnat, MD, y Richard P. Morse, MD.

Los niños con encefalitis por herpes simple presentan recaídas en cerca del 25% de los casos, que algunas raras veces pueden presentarse en forma de trastornos motrices, generalmente coreoatetosis. La base anatómica de estos trastornos motores en la encefalitis por herpes simple no se conoce bien, debido a que hasta el momento actual las neuroimágenes no han permitido mostrar la afectación directa de las áreas cerebrales que rigen típicamente dichos movimientos. Se presenta aquí el caso de un paciente con movimientos anormales involuntarios después de una encefalitis por el virus del herpes simple, con nuevas lesiones en la RMN aparecidas entre el momento de la presentación inicial y el desarrollo de la coreoatetosis. Hasta donde alcanzan nuestros conocimientos, se trata del primer paciente con un trastorno de movimientos anormales después de una encefalitis por el virus del herpes simple en el que se pusieron de manifiesto signos neuroradiográficos de afectación talámica coincidiendo con el inicio de los movimientos anormales. Se describe aquí el caso y se revisa la literatura sobre trastornos de movimientos y encefalitis por el virus del herpes simple. Los conocimientos actuales acerca de la fisiopatología de estos casos proponen dos posibles mecanismos responsables: reinfección con nueva replicación viral, o un proceso postinfeccioso de base inmunológica. *Pediatrics*. 2008;121:e1003-e1007.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0813

RESUMEN. Disposición idónea para ir a la escuela. Pamela C. High, MD, y el Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Council on School Health.

La disposición idónea para ir a la escuela incluye la disposición del niño, la disposición de la escuela para recibir a los niños y la capacidad de la familia y la colectividad para apoyar el desarrollo óptimo del niño. Es responsabilidad de las escuelas estar dispuestas para recibir a todos los niños, cualquiera que sea el nivel de disposición de éstos. La disposición de los niños para el jardín de infancia debe convertirse en un parámetro de la evolución para los programas basados en la colectividad, más que en un criterio de exclusión al comienzo de la experiencia educativa formal. Los nuevos conocimientos sobre el desarrollo cerebral y del niño en épocas tempranas han revelado que ciertos factores modificables en las primeras experiencias del niño pueden influir considerablemente en su trayectoria de aprendizaje. Muchos niños de Estados Unidos ingresan en el jardín de infancia con limitaciones en su desarrollo social, emocional, cognitivo y físico, que podrían haberse reducido considerablemente, o eliminado, si se hubieran identificado precozmente y prestado atención a las necesidades del niño y la familia. Los pediatras desempeñan un papel para promover la disposición idónea de todos los niños para ir a la escuela, comenzando al nacimiento, mediante sus medidas prácticas y de protección. La American Academy of Pediatrics ofrece a los pediatras numerosas oportunidades para promover la salud física, socioemocional y educativa de los niños de corta edad, junto a otros grupos de protección. En el presente informe técnico se apoyan las comunicaciones de directrices de la American Academy of Pediatrics "Quality early education and child care from birth to kindergarten" y "The inappropriate use of school 'readiness' tests". *Pediatrics*. 2008;121:e1008-e1015.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-0079