

# PEDIATRICS

## páginas electrónicas

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

Los resúmenes de los artículos que aparecen en las *Páginas electrónicas* salen impresos en esta sección de cada número de PEDIATRICS y los artículos completos sólo pueden obtenerse en línea. La URL de cada artículo puede hallarse al final del resumen impreso. Todos los artículos también se pueden encontrar simplemente mirando la tabla de contenidos en línea de cada número, que se halla en la página web de la revista ([www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)). Todos los artículos que aparecen en las *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

- e547 Uso de fármacos psicotropos durante la lactancia. *Filomena Fortinguerra et al*  
e557 Medidas de resultados para niños con faringitis estreptocócica. *Nader Shaikh et al*  
e564 Contexto de salud mental de inseguridad alimentaria. *Maria Melchior et al*  
e573 Consulta prenatal con un neonatólogo para anomalías congénitas. *Francesca Miquel-Verges et al*  
e580 Valoración pronóstica precoz después de convulsiones neonatales. *Francesco Pisani et al*  
e588 Dolor pediátrico tras cirugía ambulatoria. *Michelle A. Fortier et al*  
e596 Impacto de la depresión adolescente. *Lisa H. Jaycox et al*  
e606 Programas de terapia ocupacional domiciliaria para parálisis cerebral. *Iona Novak et al*  
e615 Prevalencia aumentada de las anomalías renales y del tracto urinario. *Juan C. Kupferman et al*  
e622 Dimenhidrato en niños con gastroenteritis infecciosa. *Ulrike Uhlig et al*  
e633 The Academic Performance Questionnaire. *Amanda E. Bennett et al*  
e640 Test de exploración de desarrollo PEDS y ASQ. *Laura Sices et al*  
e648 Medidas de calidad para la valoración del desarrollo. *Roxanne E. Jensen et al*  
e655 Cambios en los niveles séricos de sodio en los resultados neurológicos. *Louis Baraton et al*  
e662 Exposición prenatal a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Jodi L. Pawluski et al*  
e671 Predicción del peso al nacer por los niveles de cotinina. *Ayman A.E. El-Mohandes et al*  
e681 Asociación entre eritropoyetina y resultados de desarrollo en niños pretérmino. *Mark S. Brown et al*  
e688 Discrepancias en el acceso a la cirugía neurooncológica pediátrica. *Debraj Mukherjee et al*  
e697 Relación de los niveles séricos de S100B y lesión intracraneal. *Kirsten Bechtel et al*  
e705 Comunicar sobre los retrasos de desarrollo en atención primaria. *Laura Sices et al*  
e714 Dominar las habilidades diagnósticas. *Phillip H. Kaleida et al*  
e721 Diferenciar el síndrome PFAPA de las fiebres periódicas monogénicas. *Marco Gattorno et al*  
e729 Estimar la pérdida sanguínea. *Marc Tebruegge et al*  
e737 Los factores familiares no confunden la asociación entre peso al nacer y asma infantil. *Anne Kristina Örtqvist et al*  
e744 Efectos adversos farmacológicos pediátricos en pacientes ambulatorios. *Florence T. Bourgeois et al*  
e751 Diagnóstico posnatal del síndrome de Down. *Brian G. Skotko et al, en nombre del Down Syndrome Diagnosis Study Group*  
e759 Alteración de la calidad de vida en niños con dolor recurrente. *Solveig Petersen et al*  
e768 Factores de riesgo de muerte por infección del tracto respiratorio inferior. *Rosalyn J. Singleton et al*  
e777 El "factor miedo" para las mascarillas quirúrgicas y los protectores de cara. *Sarah E. Forgie et al*  
e782 Eficacia de las intervenciones para mejorar el desarrollo motor. *Annaleise M. Riethmuller et al*  
e793 Promover los cuidados de lactancia basados en la evidencia en el hospital. *Melissa Bartick et al*  
e803 Están todos los niños por encima de la media. *Anjali Jain*  
e805 ¿Puede la eritropoyetina mejorar los resultados de desarrollo para los pretérmino? *Ronald J. McPherson*  
e807 ¿Cuándo deben ser examinados los niños para enfermedades genéticas? *Amanda A. Trott et al*

**RESUMEN.** Uso de fármacos psicotropos durante la lactancia: revisión de la evidencia. Filomena Fortinguerra, PharmD, Antonio Clavenna, MD, y Maurizio Bonati, MD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue revisar la literatura existente sobre el uso de varios tipos de medicación psicotrópica durante la lactancia para proporcionar información sobre los niveles de exposición de los niños y los efectos adversos comunicados en los lactantes.

**Métodos.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline (1967 hasta julio de 2008), Embase (1975 hasta julio de 2008), y PsycINFO (1967 hasta julio de 2008) para estudios de lactancia y medicación psicotropa para un total de 96 fármacos. También se revisaron las referencias de los artículos consultados, libros de referencia y páginas web dedicadas. Se contactó con los fabricantes de los fármacos con información publicada. Se consideraron los artículos originales y revisiones que proporcionaron datos farmacocinéticos sobre la excreción del fármaco por la leche materna y datos de seguridad del niño, para estimar el "nivel de compatibilidad" de cada fármaco con la lactancia.

**Resultados.** Fueron seleccionados para análisis un total de 183 artículos originales. La documentación fue revisada para 62 fármacos (65%). En total, 19 (31%) fármacos psicotropos pudieron utilizarse durante la lactancia según la estrategia basada en la evidencia. Para 28 fármacos, los datos disponibles no permitieron la evaluación del perfil de seguridad del fármaco durante la lactancia, y para 15 fármacos adicionales, la dosis de exposición o los efectos adversos observados hicieron su uso inseguro.

**Conclusiones.** Aunque muchos fármacos se consideran seguros durante la lactancia, no se ha establecido la compatibilidad con la lactancia para todos los fármacos psicotropos. Existe la necesidad de investigaciones adicionales y de acumulación de experiencia para garantizar un uso más racional de los fármacos psicotropos durante la lactancia. *Pediatrics*. 2009;124:e547-e556.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0326](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0326)

**RESUMEN.** Desarrollo de medidas de resultados comunicados por los pacientes para niños con faringitis estreptocócica. Nader Shaikh, MD, MPH, Judith M. Martin, MD, Janet R. Casey, MD, Michael E. Pichichero, MD, Ellen R. Wald, MD, D. Kathleen Colborn, BS, Michael A. Gerber, MD, Diana H. Kearney, RN, CCRC, Tracy L. Balentine, RN, Mary Ann Haralam, CRNP, y Alejandro Hoberman, MD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue desarrollar medidas de resultados comunicados por los pacientes (Strep-PRO) para valorar síntomas de la faringitis estreptocócica del grupo A (EGA) desde el punto de vista de los niños y presentar datos preliminares de su fiabilidad interna, validez de constructo y respuesta.

**Métodos.** Seleccionamos 8 síntomas para inclusión en el Strep-PRO. Utilizamos el Strep-PRO para valorar la mejoría en niños entre 5 y 15 años y con faringitis SGA confirmada. Los niños completaron la escala en las visitas del estudio y en un diario en casa. Para evaluar la fiabilidad interna, examinamos las correlaciones entre los ítems en la escala. Para evaluar la validez de constructo examinamos la correlación al entrar entre las puntuaciones Strep-PRO y las puntuaciones en otro, validando previamente el estado de dolor y funcional. Para evaluar la respuesta, examinamos el

cambio en la puntuación desde la inclusión al seguimiento. También se evaluó la correlación entre la puntuación Strep-PRO y la valoración de los síntomas por parte de los padres.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 131 niños; 113 devolvieron los diarios completados. La fiabilidad interna de la escala fue alta. La magnitud de las correlaciones entre las puntuaciones Strep-PRO y otras medidas del estado de dolor y funcional estuvieron entre 0,39 a 0,63. La respuesta del Strep-PRO fue muy buena. El nivel global de acuerdo entre la puntuación del Strep-PRO de los niños y la valoración de los síntomas por parte de los padres fue de 0,57.

**Conclusiones.** La escala parece medir de forma efectiva tanto el dolor como el estado funcional global en los niños con faringitis EGA. Estos datos apoyan el uso de Strep-PRO como medida de resultados en estudios clínicos futuros. *Pediatrics*. 2009;124:e557-e563.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0331](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0331)

**RESUMEN.** Contexto de salud mental de inseguridad alimentaria: una cohorte representativa de familias con hijos pequeños. Maria Melchior, ScD, Avshalom Caspi, PhD, Louise M. Howard, MD, PhD, Antony P. Ambler, MS, Heather Bolton, MS, Nicky Mountain, MS, y Terrie E. Moffitt, PhD.

**Objetivo.** Los niños de familias con alimentación insegura (ej. familias que no tienen acceso a comida suficiente, segura y nutritiva) tienen riesgo de problemas de desarrollo. La inseguridad alimentaria ocurre desproporcionadamente entre las familias con estados socioeconómicos bajos (ESE) y bajos ingresos; sin embargo, las intervenciones que completan los ingresos familiares o la dieta no han erradicado la inseguridad alimentaria. Esto puede ser porque la inseguridad alimentaria también está relacionada con factores no financieros, como la presencia de problemas de salud mental de la madre. Para clarificar si corregir los problemas de salud mental de la madre puede ser una estrategia prometedora para disminuir la carga de la inseguridad alimentaria, probamos la hipótesis de que las familias con bajo ESE son especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria cuando la madre presenta depresión, abuso de alcohol o drogas, trastornos de ámbito de la psicosis o violencia doméstica.

**Métodos.** Utilizamos los datos de una cohorte representativa a nivel nacional de 1.116 familias británicas (Environmental Risk Longitudinal Study). Se midieron por métodos validados la inseguridad alimentaria, ESE familiar, salud mental materna y exposición a violencia doméstica, y resultados de comportamiento de los niños.

**Resultados.** En global, el 9,7% de las familias del estudio tenían inseguridad alimentaria. Entre las familias con bajo ESE, controlando por variaciones de ingresos, la inseguridad alimentaria coincidió con depresión materna (odds ratio [OR]: 2,82 [intervalo de confianza del 95% (IC): 1,62-4,93]), trastornos del ámbito de la psicosis (OR: 4,01 [95% IC: 2,03-7,94]), y violencia doméstica (OR: 2,36 [95% IC: 1,18-4,73]). Además, la inseguridad alimentaria predijo índices elevados de problemas de comportamiento de los niños.

**Conclusiones.** Entre las familias con niños pequeños, la inseguridad alimentaria es frecuente, principalmente cuando la madre presenta problemas de salud mental. Esto sugiere que las intervenciones que mejoran el estado mental

de la mujer pueden también contribuir a disminuir la carga de la inseguridad alimentaria y su impacto en la siguiente generación. *Pediatrics*. 2009;124:e564-e572.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0583](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0583)

**RESUMEN.** Consulta prenatal con un neonatólogo para anomalías congénitas: percepción de los padres. Francesca Miquel-Verges, MD, S. Lee Woods, MD, PhD, Susan W. Aucott, MD, Renee D. Boss, MD, Leslie J. Sulpar, RN, MSN, y Pamela K. Donohue, ScD, PA-C.

**Objetivos.** Investigar las expectativas de los padres sobre la consulta prenatal con un neonatólogo para el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas, identificar los valores de los padres y las necesidades no cubiertas y obtener recomendaciones para mejorar la comunicación médico-padres en la consulta prenatal.

**Métodos.** Los padres fueron remitidos a neonatología para consulta prenatal después del diagnóstico de anomalía congénita. Completaron 2 entrevistas cualitativas: la primera durante la semana de la consulta y la segunda 1 semana después del parto. Las entrevistas fueron analizadas por temas utilizando el método comparativo constante asociado con el método de teoría fundamentada.

**Resultados.** La saturación temática se consiguió después de 42 entrevistas (22 mujeres); sólo participaron madres. Aparecieron 5 temas principales: (1) preparación; (2) conocimiento del médico; (3) cuidadores; (4) permitir esperanza; y (5) tiempo. Las madres creyeron que la consulta a un neonatólogo les ayudaría a prepararse para el curso perinatal. Desearon conocer el plan de acción y todos los resultados posibles. Las madres quisieron información específica de su situación y adaptada a su conocimiento básico. Recibir información contradictoria por parte de los médicos aumentó la ansiedad y erosionó la confianza. Visitar la UCI neonatal durante la consulta fue emocionalmente difícil pero valioso. Las madres quisieron información realista, independientemente de cuán sombría fuese, buscando mantener la esperanza. Todas las madres recomendarían una consulta prenatal con un neonatólogo.

**Conclusiones.** Las madres percibieron que la consulta con un neonatólogo, que incluye una visita a la UCIN, las preparó para el curso perinatal. Los padres quisieron información médica realista, específica para su situación, proporcionada de forma empática y que les permitiera tener esperanza para los mejores resultados posibles. *Pediatrics*. 2009;124:e573-e579.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2865](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2865)

**RESUMEN.** Un sistema de puntuación para la valoración pronóstica precoz después de convulsiones neonatales. Francesco Pisani, MD, Lisa Sisti, MD, y Stefano Seri, MD, FRCP.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue crear un sistema de puntuación que pudiera ayudar en la predicción de los resultados neurológicos al inicio de las convulsiones neonatales.

**Métodos.** Un total de 106 neonatos que presentaron convulsiones neonatales y fueron admitidos de forma consecutiva en la UCIN de la Universidad de Parma desde enero de 1999 hasta diciembre de 2004 fueron seguidos prospectiva-

mente, y se valoraron los resultados neurológicos a los 24 meses de edad posconcepcional. Realizamos un análisis retrospectivo de esta cohorte para identificar las variables que estuvieron relacionadas significativamente con los resultados adversos y al desarrollo de un sistema de puntuación que pudiera proporcionar indicaciones pronósticas precoces.

**Resultados.** Un total de 70 (66%) de 106 niños tuvieron resultados neurológicos adversos. Se identificaron 6 variables como los factores de riesgo independientes más asociados a los resultados adversos y se utilizaron para construir un sistema de puntuación: peso al nacer, puntuación Apgar a 1 min, examen neurológico al inicio de las convulsiones, ultrasonidos cerebrales, eficacia del tratamiento anticonvulsivante y presencia de estado epiléptico neonatal. Cada variable se puntuó de 0 a 3 para representar el rango desde "normal" a "gravemente anormal". La puntuación compuesta total fue computada añadiendo las puntuaciones brutas de las 6 variables. Esta puntuación osciló entre 0 y 12. El punto de corte de  $\geq 4$  proporcionó la mayor sensibilidad y especificidad.

**Conclusiones.** Este sistema de puntuación puede ofrecer un indicador pronóstico fácil, rápido y fiable de los resultados neurológicos tras el inicio de las convulsiones neonatales. La valoración final de la validez de esta puntuación en la práctica clínica habitual precisará de validación independiente en otros centros. *Pediatrics*. 2009;124: e580-e587.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2087](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2087)

**RESUMEN.** Dolor pediátrico tras cirugía ambulatoria: ¿dónde está la medicación? Michelle A. Fortier, PhD, Jill E. MacLaren, PhD, Sarah R. Martin, MA, Danielle Perret-Karimi, MD, y Zeev N. Kain, MD, MBA.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio controlado fue proporcionar una descripción del dolor posquirúrgico del niño, incluyendo la intensidad del dolor y el consumo de analgésicos.

**Métodos.** Los participantes fueron 261 niños de 2 a 12 años de edad, sometidos a amigdalectomía y adenoidectomía rutinaria. Se registraron los datos basales y demográficos antes de la cirugía, y se utilizó un enfoque estandarizado de los procedimientos de anestesia y cirugía. Se registró el dolor y consumo de analgésicos durante 2 semanas en casa.

**Resultados.** El primer día en casa, aunque los padres indicaron que el 86% de los niños tuvieron dolor global significativo, el 24% de los niños recibió 0 o sólo 1 dosis de medicación durante todo el día. El día 3 después de la cirugía, aunque el 67% de los niños fueron catalogados por los padres como que sufrieron dolor global significativo, el 41% recibió 0 o sólo 1 dosis de medicación durante todo el día.

**Conclusiones.** Concluimos que una gran proporción de niños recibe poca medicación analgésica después de la cirugía, por lo que los esfuerzos de investigación deberían dirigirse a las discrepancias entre los altos índices de dolor posquirúrgico indicado por los padres y las bajas dosis de analgesia que ellos utilizan para sus hijos. *Pediatrics*. 2009;124:e588-e595.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3529](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3529)

**RESUMEN.** **Impacto de la depresión adolescente en las funciones académicas, sociales y físicas.** Lisa H. Jaycox, PhD, Bradley D. Stein, MD, PhD, Susan Paddock, PhD, Jeremy N.V. Miles, PhD, Anita Chandra, DrPH, Lisa S. Meredith, PhD, Terri Tanielian, MA, Scot Hickey, MA, y M. Audrey Burnam, PhD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de la depresión adolescente en sus parejas, funcionamiento familiar, escolar y físico y la carga sobre los padres.

**Métodos.** Los pacientes participaron en un estudio longitudinal de adolescentes con y sin probable depresión, obtenidos de 11 centros de atención primaria en Los Ángeles, California, y Washington DC. Un total de 4.857 adolescentes completaron todas las valoraciones de exploración; 4.713 fueron elegibles para el estudio y 187 (4,0%) cumplieron los criterios para probable depresión y fueron invitados a participar, así como lo fueron adolescentes sin depresión. Se completaron un total de 184 valoraciones basales para adolescentes con probable depresión y 184 para adolescentes sin depresión, así como 339 (90%) entrevistas a padres. Las entrevistas de seguimiento se realizaron con 328 adolescentes (89%) y 302 padres (82%). Las medidas incluyeron comunicados de los adolescentes del apoyo de los compañeros y padres, 2 medidas de funcionamiento escolar, grados, salud física y días de alteración. El informe de los padres incluyó funcionamiento de los compañeros, escuela y familia y cargas objetivas y subjetivas de los padres.

**Resultados.** Los adolescentes con depresión y sus padres comunicaron más discapacidades en todas las áreas comparado con los adolescentes sin depresión en el momento basal, y comunicaron más coexistencia de problemas emocionales y de comportamiento. Tanto la depresión como los problemas concomitantes estaban relacionados con la discapacidad. Hubo un impacto duradero de los síntomas depresivos en muchas medidas de compañeros, familia y funcionamiento escolar 6 meses después, pero el control de los problemas coexistentes emocionales y de comportamiento basales atenuó esta relación para algunas medidas.

**Conclusión.** Las mejoras en la depresión adolescente pueden tener beneficios que se extienden más allá de los síntomas clínicos, mejorando el funcionamiento con los compañeros, familia y escuela a lo largo del tiempo. *Pediatrics*. 2009;124:e596-e605.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3348](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3348)

**RESUMEN.** **Programas de terapia ocupacional domiciliaria para parálisis cerebral: estudio clínico controlado, aleatorizado, doble ciego.** Iona Novak, PhD, Anne Cusick, PhD, y Natasha Lannin, PhD.

**Objetivo.** El objetivo fue valorar la efectividad de un programa de terapia ocupacional domiciliaria (PTOD), comparado con no PTOD, respecto a la función y satisfacción de los padres con la función del niño, participación, consecución de objetivos y calidad de las habilidades de los miembros superiores en niños en edad escolar con parálisis cerebral.

**Métodos.** Se aleatorizaron 36 niños con parálisis cerebral (media de edad: 7,7 años; varones: 69%; Gross Motor Function Classification System: nivel I, 47%; nivel II, 14%; nivel III, 16%; nivel IV, 7%; nivel V, 16%; espasticidad,

85%; discinesia, 14%; ataxia, 3%), y se asignaron a PTOD durante 8 o 4 semanas o no PTOD. La medición principal fue la puntuación en la Canadian Occupational Performance Measure 8 semanas después del basal. Las medidas secundarias se registraron a las 4 y 8 semanas.

**Resultados.** Ocho semanas de PTOD produjeron diferencias estadísticamente significativas en la función y satisfacción de los padres con la función, comparado con los no PTOD. Los padres en el grupo de 4 semanas de PTOD no interrumpieron su utilización a las 4 semanas, como se les indicó, y continuaron durante 8 semanas; los resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas, comparado con los no PTOD. No hubo diferencias en las mediciones principales y secundarias entre los grupos de intervención.

**Conclusiones.** Los pediatras deben aconsejar a las familias que los PTOD desarrollados con una estrategia colaborativa, basada en la evidencia e implementados por los padres en casa, fueron clínicamente efectivos si se implementaban 1,75 veces al mes durante un tiempo medio de 16,5 min cada vez. *Pediatrics*. 2009;124:e606-e614.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0288](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0288)

**RESUMEN.** **Prevalencia aumentada de las anomalías renales y del tracto urinario en los niños con síndrome de Down.** Juan C. Kupferman, MD, MPH, Charlotte M. Druschel, MD, MPH, y Gabriel S. Kupchik, MD.

**Objetivo.** El objetivo fue investigar la prevalencia de las anomalías renales y de tracto urinario (ARTU) en la población con síndrome de Down (SD).

**Métodos.** En este estudio de cohortes retrospectivo, se obtuvieron los datos del registro New York State Congenital Malformation Registry (NYS-CMR). La aparición de ARTU fue valorada para los niños con y sin SD que nacieron en NYS entre 1992 y 2004. Para cada malformación se calcularon la odds ratio (OD) y el intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados.** Entre 1992 y 2004 nacieron en NYS 3.832 niños con SD y 3.411.833 sin SD. La prevalencia de ARTU en la población con SD fue de 3,2% comparada con el 0,7% de la población de NYS (OR: 4,5 [IC 95%: 3,8-5,4]). Los niños con SD tuvieron riesgos significativamente aumentados de obstrucción uretral anterior (OR: 29,7 [IC 95%: 4,0-217,7]), displasia quística renal (OR: 4,5 [IC 95%: 1,5-14,1]), hidronefrosis (OR: 8,7 [IC 95%: 6,8-11,0]), hidrouréter (OR: 8,5 [IC 95%: 3,5-20,4]), hipospadias (OR: 2,0 [IC 95%: 1,4-2,9]), válvula uretral posterior (OR: 7,1 [IC 95%: 1,8-28,8]), síndrome del abdomen en círculo pasa (OR: 11,9 [IC 95%: 1,6-85,4]), y agenesia renal (OR: 5,4 [IC 95%: 2,8-10,4]). No hubo riesgo aumentado significativamente de riñón ectópico (OR: 1,6 [IC 95%: 0,2-11,2]) u obstrucción de la unión ureteropélvica (OR: 1,4 [IC 95%: 0,2-9,9]) en la población con SD.

**Conclusión.** Los niños con SD tienen riesgos significativamente aumentados de ARTU. *Pediatrics*. 2009;124:e615-e621.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0181](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0181)

**RESUMEN.** **Dimenhidrinato en niños con gastroenteritis infecciosa: ECA, prospectivo.** Ulrike Uhlig, MD, Nicole

Pfeil, MD(sci), Götz Gelbrich, PhD, Christian Spranger, MD, Steffen Syrbe, MD, Boris Huegle, MD, Barbara Teichmann, MD, Thomas Kapellen, MD, Peggy Houben, PhD, Wieland Kies, MD, y Hans Holm Uhlig, MD, DPhil.

**Objetivo.** El vómito es un síntoma común en los niños con gastroenteritis infecciosa. Contribuye a la pérdida de líquidos y es un factor limitante para el tratamiento de rehidratación oral. El dimenhidrínato ha sido usado tradicionalmente para los niños con gastroenteritis en países como Canadá y Alemania. Investigamos la eficacia y seguridad del dimenhidrínato en niños con gastroenteritis aguda.

**Métodos.** Realizamos un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo. Asignamos aleatoriamente 243 niños con presunta gastroenteritis y vómitos al dimenhidrínato rectal o placebo. Se incluyeron los niños sin deshidratación o con deshidratación leve. Todos los niños recibieron tratamiento oral de rehidratación. La medida principal de eficacia primaria se definió como la ganancia de peso durante las 18 a 24 h después de la aleatorización. Las medidas secundarias fueron el número de episodios de vómito, ingesta de líquidos, valoración del bienestar del paciente, número de episodios de diarrea e índice de admisión en el hospital. Registramos los potenciales efectos adversos.

**Resultados.** Los cambios en el peso no fueron distintos entre los niños que recibieron dimenhidrínato o placebo. El número medio de episodios de vómito entre la aleatorización y la visita de seguimiento fue de 0,64 en el grupo de dimenhidrínato y de 1,36 en el grupo placebo. En total, el 69,6% de los niños en el grupo de dimenhidrínato frente al 47,4% en el grupo placebo estuvieron sin vómitos entre la aleatorización y la visita de seguimiento. El índice de admisión en el hospital, la ingesta de líquidos, el bienestar general del niño y los potenciales efectos adversos, incluyendo el número de episodios de diarrea, fue similar en los dos grupos.

**Conclusiones.** El dimenhidrínato disminuye la frecuencia de vómitos en los niños con deshidratación leve; sin embargo, el beneficio global es bajo, porque no mejora la rehidratación oral y los resultados clínicos. *Pediatrics*. 2009;124:e622-e632.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1650](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1650)

**RESUMEN. Identificar problemas de aprendizaje en niños evaluados por THDA: the Academic Performance Questionnaire.** Amanda E. Bennett, MD, Thomas J. Power, PhD, Ricardo B. Eiraldi, PhD, Stephen S. Leff, PhD, y Nathan J. Blum, MD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad del Academic Performance Questionnaire (APQ) para identificar los bajos logros de lectura y matemáticas en niños que estaban siendo evaluados por trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH).

**Métodos.** Se revisaron las historias de 997 pacientes que fueron visitados en un programa de evaluación multidisciplinario de TDAH. Se incluyeron en este estudio a los pacientes que estaban entre el primer y sexto grado y tenían completado el APQ y los subtest Wechsler Individual Achievement Test II Basic Reading and Numerical Operations. Los 271 pacientes elegibles fueron asignados aleatoriamente al grupo de desarrollo-puntuación ( $n = 215$ ) y al grupo de validación ( $n = 56$ ). Utilizando los datos de la

muestra de desarrollo-puntuación, se identificaron las cuestiones APQ que predijeron un bajo rendimiento académico y las puntuaciones para estas cuestiones se introdujeron en una regresión logística para identificar las cuestiones APQ que predijeron independientemente el bajo rendimiento.

**Resultados.** Sólo 2 cuestiones APQ, 1 sobre lectura y 1 sobre matemáticas, predijeron independientemente el bajo rendimiento. Utilizando estas 2 cuestiones, el área bajo la curva característica de explotación del receptor fue de 0,834 y la combinación óptima de sensibilidad y especificidad ocurrió cuando la puntuación total para los 2 ítems fue  $> 4$ . Este punto de corte tuvo una sensibilidad de 0,86 y una especificidad de 0,63 en el grupo de puntuación-desarrollo y una sensibilidad de 1,0 y una especificidad de 0,53 en la muestra de validación.

**Conclusiones.** El APQ puede ser una herramienta de exploración útil para identificar a los niños que están siendo evaluados para TDAH que necesitan pruebas adicionales para problemas de aprendizaje. Aunque el valor predictivo de la exploración negativa en el APQ es bueno, el valor predictivo del test positivo es relativamente bajo. *Pediatrics*. 2009;124:e633-e639.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0143](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0143)

**RESUMEN. Los test de exploración de desarrollo PEDS y ASQ pueden no identificar a los mismos niños.** Laura Sices, MD, MS, Terry Stancin, PhD, H. Lester Kirchner, PhD, y Howard Bauchner, MD.

**Objetivo.** Analizando los datos de un gran estudio, notamos un desacuerdo significativo entre los resultados de 2 herramientas de exploración del desarrollo utilizadas frecuentemente (Parents' Evaluation of Developmental Status [PEDS; cuestionario de preocupación de los padres] y el Ages & Stages Questionnaires [ASQ; informe de los padres sobre las habilidades de desarrollo]) entregadas a los niños en la misma visita en atención primaria. Las exploraciones habían comunicado propiedades psicométricas favorables y pueden ser eficaces de utilizar en la práctica; sin embargo, existe poca información comparativa sobre la realización relativa de estas herramientas en atención primaria. Pretendíamos describir la concordancia entre las 2 exploraciones en este centro.

**Métodos.** Los padres de 60 niños entre 9 y 31 meses completaron los exámenes PEDS y ASQ en la misma visita. Se determinó la concordancia (mismos resultados en PEDS y ASQ) y la discordancia (resultados distintos) para los 2 exámenes.

**Resultados.** La media de edad de los niños fue de 17,6 meses, 77% recibieron Medicaid, y el 50% de los padres tenía educación de academia o menor. En global, el 37% falló el PEDS y el 27% falló el ASQ. Treinta y un niños (52%) pasaron ambos exámenes: 9 (15%) fallaron ambos, y 20 (33%) fallaron 1 pero no el otro (13 PEDS y 7 ASQ). La coincidencia entre los 2 test de examen fue sólo pasable, estadísticamente no distinta de la coincidencia por casualidad.

**Conclusiones.** Hubo una discordancia sustancial entre los exámenes de desarrollo PEDS y ASQ. Aunque éstos son datos preliminares, los médicos necesitan estar al corriente de que, al implementar las guías clínicas de examen revisadas de la American Academy of Pediatrics, la elección del instrumento de examen puede afectar la probabilidad de

que los niños sean identificados para evaluaciones adicionales. *Pediatrics*. 2009;124:e640-e647.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2628](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2628)

**RESUMEN.** Implementar medidas de calidad basadas en los registros sanitarios electrónicos para la valoración del desarrollo. Roxanne E. Jensen, BA, Kitty S. Chan, PhD, Jonathan P. Weiner, DrPH, Jinnet B. Fowles, PhD, y Shannon M. Neale, MD.

**Objetivo.** El objetivo fue examinar las actuales capacidades y el futuro potencial de los sistemas de registro sanitario electrónico (RSE) para medir el desarrollo infantil y los índices de seguimiento en los centros de atención primaria.

**Métodos.** Se propuso a un grupo de pediatras y expertos informáticos desarrollar indicadores de calidad que reflejaran distintos aspectos del proceso de valoración del desarrollo. Estos indicadores incluyeron la administración de instrumentos validados, estandarizados, para cribar el retraso de crecimiento en los niños, la documentación de los resultados anormales del cribado y la provisión de los cuidados de seguimiento. Se evaluaron 6 proveedores de sistemas integrados en Estados Unidos, con sistemas de RSE totalmente implementados, para determinar la fiabilidad de implementar estas medidas en cada sistema. Se identificaron las barreras relacionadas con la implementación de las mediciones.

**Resultados.** Los sistemas RSE de las 6 organizaciones sanitarias podían implementar medidas que examinaran los índices de exploración de desarrollo y podían identificar y seguir a niños con resultados del examen anormales. Sin embargo, muchos de los sistemas no tenían la capacidad de captar datos para medidas basadas en RSE más complejas. En particular, los datos de elementos basados en acciones de flujo de trabajo no podían ser captados con los actuales diseños de los sistemas RSE.

**Conclusiones.** Este estudio identificó 2 barreras principales a la implementación de medidas de calidad de desarrollo: los problemas sobre la fiabilidad de los datos y el rastreo de la coordinación sanitaria con los registros de los pacientes. Se comentan las posibles soluciones a estos problemas, incluyendo la estandarización de la terminología, el uso de un portal de pacientes, y el uso de un instrumento único de cribado de desarrollo. *Pediatrics*. 2009;124:e648-e654.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3091](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3091)

**RESUMEN.** Impacto de los cambios en los niveles séricos de sodio en los resultados neurológicos a los 2 años en neonatos muy pretérmino. Louis Baraton, MD, Pierre Yves Ancel, MD, PhD, Cyril Flamant, MD, PhD, Jean Luc Orsonneau, MD, Dominique Darmaun, MD, PhD, y Jean Christophe Rozé, MD, PhD.

**Objetivo.** El objetivo fue analizar la relación entre los cambios en los niveles séricos de sodio durante los primeros meses de vida y los resultados funcionales alterados a los 2 años de edad para los niños muy pretérmino.

**Métodos.** Todos los niños pretérmino que nacieron con < 33 semanas de gestación entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de julio de 2004, fueron hospitalizados en la UCIN, y sobrevivieron al alta, fueron incluidos en este estudio. Se

midieron los cambios en los niveles séricos de sodio, y los niños fueron evaluados a la edad corregida de 2 años.

**Resultados.** El análisis incluyó a 237 pacientes, para los cuales se realizaron durante el primer mes de vida 3.927 determinaciones de sodio en suero. Definimos 3 terciles de cambios en los niveles séricos de sodio. Un total de 84 niños presentaron pequeños cambios en los niveles séricos de sodio (< 8 mEq/l), 86 presentaron grandes cambios (8-13 mEq/l) y 67 presentaron cambios muy grandes (> 13 mEq/l). El grupo de referencia fue representado por el primer tercil. A los 2 años de edad, los cambios grandes y muy grandes en los niveles séricos de sodio estuvieron significativamente asociados con riesgo de resultados funcionales alterados, tras ajustar por edad gestacional y características de la hospitalización perinatal y neonatal (grandes cambios: odds ratio: 3,5 [intervalo de confianza 95%: 1,1-11,8]; P = 0,04; cambios muy grandes ratio: 5,1 [intervalo de confianza 95%: 1,3-13,6]; P = 0,02).

**Conclusiones.** Aunque los cambios grandes y muy grandes en los niveles séricos de sodio pueden reflejar simplemente la gravedad de la enfermedad y/o la calidad de la atención, no se puede excluir una relación causal con los resultados. Se recomienda prudencia en el manejo de los líquidos y electrolitos para los niños muy prematuros. *Pediatrics*. 2009;124:e655-e661.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3415](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3415)

**RESUMEN.** Niveles de proteína S100B neonatal tras la exposición prenatal a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Jodi L. Pawluski, PhD, Liisa A. M. Galea, PhD, Ursula Brain, BA, Michael Papsdorf, PhD, y Tim F. Oberlander, MD.

**Objetivo.** Este estudio investigó los niveles neonatales de S100B como biomarcador de la exposición prenatal a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

**Métodos.** Se compararon los niveles séricos de S100B maternos (parto; N = 53) y neonatales (cordón; N = 52) entre los grupos expuestos a los ISRS prenatalmente (maternal, N = 36; neonatal, N = 37; duración: 230 ± 71 días) y no expuestos (maternal, N = 17; neonatal, N = 15). Se valoraron las medidas de síntomas de depresión y ansiedad maternos durante el tercer trimestre (33-36 semanas) y se registraron los resultados neonatales incluyendo puntuación Apgar, peso al nacer, edad gestacional al nacer, y síntomas de mala adaptación neonatal.

**Resultados.** Los niveles de S100B fueron significativamente menores en los neonatos expuestos prenatalmente a ISRS que en los no expuestos, controlando por edad gestacional y humor materno en el tercer trimestre (P = 0,036). Por el contrario, las madres expuestas a ISRS tuvieron significativamente mayores niveles séricos de S100B comparado con las madres no expuestas (P = 0,014), incluso controlando por el humor materno en el tercer trimestre. Los niveles de S100B no se asociaron con niveles de fármaco materno o neonatal, duración de la exposición prenatal, variables demográficas o riesgo de mala adaptación neonatal.

**Conclusiones.** La exposición a ISRS prenatal se asoció con niveles séricos disminuidos de S100B, controlando por humor materno. Los niveles neonatales de S100B no reflejaron resultados de comportamiento neonatal y no estuvieron relacionados con índices farmacológicos. Estos hallaz-

gos coinciden con la exposición prenatal a alcohol y cocaína, que también alteran los niveles de serotonina central. *Pediatrics*. 2009;124:e662-e670.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0442](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0442)

**RESUMEN. Predicción del peso al nacer por los niveles de cotinina durante el embarazo en una población de fumadoras negras.** Ayman A.E. El-Mohandes, MBBCh, MD, MPH, Michele Kiely, DrPH, Marie G. Gantz, PhD, Susan M. Blake, PhD, LCP, y M. Nabil El-Khorazaty, PhD.

**Objetivo.** El objetivo fue investigar la asociación entre los niveles salivares de cotinina (NSC) maternos y los resultados del embarazo en fumadoras negras.

**Métodos.** En un estudio aleatorizado, controlado, realizado en 2001-2004 en Washington DC, se valoraron los NSCs en 714 mujeres (126 fumadoras activas [18%]) en el momento de la inclusión y al final del embarazo. Se registraron los riesgos de salud sociodemográficos y los resultados del embarazo.

**Resultados.** Los pesos al nacer fueron significativamente menores en los niños nacidos de madres cuyos NSCs basales eran  $\geq 20$  ng/ml en comparación con  $< 20$  ng/ml ( $P = 0,024$ ),  $\geq 50$  ng/ml en comparación con  $< 50$  ng/ml ( $P = 0,002$ ), y  $\geq 100$  ng/ml en comparación con  $< 100$  ng/ml ( $P = 0,002$ ), en los análisis bivariantes. En los análisis de regresión lineal ajustados por factores sociodemográficos y médicos, los NSCs  $\geq 20$  ng/ml se asociaron con una reducción en el peso al nacer de 88 g cuando los NSCs se midieron en el momento basal ( $P = 0,042$ ) y 205 g cuando los NSCs se midieron inmediatamente antes del parto ( $P < 0,001$ ). Los resultados correspondientes fueron 129 g ( $P = 0,006$ ) y 202 g ( $P < 0,001$ ) para  $\geq 50$  ng/ml y 139 g ( $P = 0,007$ ) y 205 g ( $P < 0,001$ ) para  $\geq 100$  ng/ml. La edad gestacional no se afectó significativamente en ningún NSC, independientemente de cuando se hubiera medido el NSC.

**Conclusiones.** Los NSCs aumentados precozmente en el embarazo o antes del parto se asociaron con reducciones en el peso al nacer. En cualquier nivel de corte, las disminuciones del peso al nacer fueron más significativas para el mismo NSC medido al final del embarazo. Mantener bajos niveles de tabaquismo en mujeres que son incapaces de dejar de fumar puede ser beneficioso. *Pediatrics*. 2009;124:e671-e680.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3784](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3784)

**RESUMEN. Asociación entre dosis acumuladas altas de eritropoyetina y resultados de desarrollo en niños pretérmino.** Mark S. Brown, MD, MSPH, Delphine Eichorst, MD, Brenda LaLa-Black, OTR, y Robin Gonzalez, MA, CCC-SLP.

**Objetivo.** Realizamos la hipótesis de que las mayores dosis acumuladas de eritropoyetina recombinante (EPOr) para los niños extremadamente pretérmino durante las primeras 6 semanas posnatales pueden mejorar los resultados de desarrollo, como se evidencia en las evaluaciones con las Bayley Scales of Infant Development-II revisada.

**Métodos.** Éste fue un estudio de cohortes retrospectivo con datos para un grupo ( $N = 366$ ) de niños  $< 1.500$  g y  $\leq 30$  semanas de gestación que se creó inicialmente para examinar la asociación entre el tratamiento con EPOr y la

retinopatía de prematuridad. Se incluyeron los niños sometidos a evaluaciones de seguimiento del desarrollo a la edad corregida de  $> 12$  meses. Se estimaron las asociaciones entre las dosis de EPOr y las mayores puntuaciones de las Bayley Scales of Infant Development Psychomotor Developmental Index y el Mental Developmental Index (MDI) en análisis de regresión lineal multivariante.

**Resultados.** Ochenta y dos niños se sometieron a evaluaciones de desarrollo después de 12 meses. La media de edad en la evaluación fue de 25 meses. La dosis media acumulada en la semana 6 fue de 3.750 U/kg. En el análisis multivariante, las puntuaciones del Psychomotor Developmental Index (PDI) se asociaron con transfusiones, género femenino, peso al nacer, y puntuación Apgar a los 5 min ( $R^2 = 0,39$ ). Las puntuaciones MDI se asociaron con dosis de EPOr a la semana 6, género femenino, tratamiento esteroideo prenatal durante  $\geq 48$  h, y lactancia ( $R^2 = 0,40$ ).

**Conclusiones.** Estos hallazgos identifican una relación dosis-respuesta entre el tratamiento con EPOr y las puntuaciones mejoradas de MDI. Son consistentes con los hallazgos en los estudios en adultos y los modelos de lesión cerebral animal y esperan confirmación. *Pediatrics*. 2009;124:e681-e687.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2701](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2701)

**RESUMEN. Discrepancias en el acceso a la cirugía neurooncológica pediátrica en Estados Unidos.** Debraj Mukherjee, MD, MPH, Thomas Kosztowski, BS, Hasan A. Zaidi, BS, George Jallo, MD, Benjamin S. Carson, MD, David C. Chang, PhD, MPH, MBA, y Alfredo Quiñones-Hinojosa, MD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue investigar si existen discrepancias en el acceso a los centros de gran volumen para cuidados neurooncológicos en Estados Unidos en 1988-2005.

**Métodos.** Se realizó un análisis retrospectivo de la Nationwide Inpatient Sample (1988-2005), con factores adicionales incorporados del Area Resource File (2006). Para identificar a los pacientes se utilizó la International Classification of Diseases novena revisión, codificada por diagnóstico/tratamiento. Se definieron los centros de gran volumen como aquellos con  $\geq 50$  casos de neurocirugía por año. Se excluyeron a los pacientes  $>$  de 18 años. Las covariantes incluyeron edad, género, raza, puntuación del índice Charlson, seguro, y características del nivel del estado (incluyendo valor medio de la casa, proporción de residentes nacidos fuera del país y densidad de neurocirujanos del condado). Se realizó el análisis multivariante utilizando modelos de regresión logística múltiple. Los valores de  $P < 0,05$  se consideraron estadísticamente significativos.

**Resultados.** Se identificaron un total de 4.421 pacientes; 1.651 (37,34%) fueron admitidos en centros de gran volumen. El acceso global a los centros de gran volumen mejoró ligeramente durante el período de 18 años (odds ratio [OR]: 1,04). Los factores asociados con el mayor acceso a los centros de gran volumen incluyeron una mayor densidad de neurocirujanos en el condado (OR: 1,72) y mayor valor de las casas del condado (OR: 1,66). Los factores asociados con peor acceso incluyeron la etnia hispana (OR: 0,68) y cada 1% de aumento de residentes extranjeros por condado (OR: 0,59). Todos los valores de  $P$  indicados fueron  $< 0,05$ .

**Conclusión.** Este estudio demostró que existen discrepancias raciales y socioeconómicas en el acceso a los centros neuoncológicos de gran volumen en la población pediátrica. También identificamos numerosos factores prehospitalarios que potencialmente contribuyen a las discrepancias persistentes y pueden ser susceptibles de cambiar a través de intervenciones políticas de salud nacional. *Pediatrics*. 2009;124:e688-e696.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0377](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0377)

**RESUMEN. Relación de los niveles séricos de S100B y lesión intracranal en niños con traumatismo craneal cerrado.** Kirsten Bechtel, MD, Sarah Frasure, BA, Clement Marshall, BS, James Dziura, PhD, y Christine Simpson, MS.

**Objetivo.** Determinar si los niveles en suero de S100B son mayores en los niños con TCC y LIC como se detecta por la TC craneal y si las fracturas de huesos largos afectan los niveles de S100B en niños con TCC y lesión esquelética.

**Métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva a niños < 18 años de edad que acudieron a un servicio de urgencias pediátricas urbanas o fueron remitidos desde el hospital durante las 6 h posteriores al traumatismo craneal cerrado accidental y que fueron sometidos a tomografía computerizada craneal. Se evaluaron los niveles séricos medios de S100B para los niños con o sin lesión intracranal (LIC) y las fracturas de huesos largos a través de análisis de covarianza.

**Resultados.** Se incluyeron de forma prospectiva a 152 niños, 24 con LIC y 128 sin LIC. Veinticinco niños tuvieron fracturas de huesos largos. Los niños con LIC fueron significativamente más jóvenes que los que no presentaron LIC (6,9 vs. 9,8 años; P = 0,01). El tiempo de la punción venosa después de la lesión fue significativamente más tarde en los niños con LIC (P = 0,03). Los niveles medios de S100B fueron significativamente mayores para los niños con LIC (212,9 vs. 84,4 ng/l; P = 0,001), niños con fracturas de huesos largos (P = 0,008) y niños no blancos (P = 0,03). Después de controlar por el tiempo de venopunción, fracturas de huesos largos y raza, los niveles medios de S100B aún eran mayores para los niños con LIC (409 vs. 118 ng/l; P = 0,001). La capacidad de las mediciones de S100B séricas para detectar LI, determinada como área bajo la curva, fue de 0,67.

**Conclusiones.** Tras controlar por el momento de venopunción, fracturas de huesos largos, y raza, los niveles de S100B aún fueron mayores en los niños con LIC que en aquellos sin LIC. Sin embargo, la capacidad de las mediciones séricas de S100B para detectar LIC fue mala. *Pediatrics*. 2009;124:e697-e704.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1493](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1493)

**RESUMEN. Dorar la pildora y hablar claro: comunicar sobre los retrasos de desarrollo en atención primaria.** Laura Sices, MD, MS, Lucia Egbert, BA, y Mary Beth Mercer, MPH.

**Objetivos.** Los objetivos fueron investigar las experiencias y creencias de los padres y los especialistas de intervención precoz (IP) sobre el hecho de comentar el desarrollo del niño en atención primaria e identificar las barreras de comunicación y las oportunidades.

**Métodos.** Se llevaron a cabo entrevistas de grupo con (1) madres de niños pequeños con desarrollo típico, (2) madres de niños pequeños que recibieron servicios de IP y (3) especialistas IP. Se constituyeron 7 grupos (N = 46) en la gran área de Cleveland, Ohio. Las reuniones fueron grabadas en audio, transcritas, codificadas y analizadas para identificar los temas.

**Resultados.** Muchas madres indicaron preferencia por el estilo no alarmista de la comunicación cuando se sospechan retrasos de desarrollo. Por el contrario, algunas madres prefirieron un estilo más directo, incluyendo el uso de etiquetas para ayudarles a entender el desarrollo de sus hijos. La importancia de la preparación para aceptar la información sobre los retrasos de crecimiento apareció como tema en todos los grupos. Los elementos que contribuyeron a la preparación incluyeron información sobre las habilidades de desarrollo esperadas, y un marco de tiempo específico para la evaluación de seguimiento. Las madres de los niños con discapacidades percibieron que el hecho que los médicos tranquilicen precozmente sobre la normalidad en respuesta a sus preocupaciones conduce a autoplantearse más dudas y aumenta la dificultad de aceptar el diagnóstico.

**Conclusiones.** Las madres y los especialistas en IP tienen ideas claras sobre los factores que promueven o impiden la comunicación sobre el desarrollo del niño. Esta información puede informar de las estrategias de los médicos de atención primaria para monitorizar y cribar el desarrollo de los niños pequeños y para comunicar a los padres las sospechas de retraso de desarrollo. *Pediatrics*. 2009;124:e705-e713.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0286](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0286)

**RESUMEN. Dominar las habilidades diagnósticas: aumentar la profesionalidad en otitis media, un modelo para el entrenamiento de las habilidades diagnósticas.** Phillip H. Kaleida, MD, Dianna L. Ploof, EDD, Marcia Kurs-Lasky, MS, Nader Shaikh, MD, D. Kathleen Colborn, BS, Mary Ann Haralam, MSN, Sean Ray, BS, Diana Kearney, RN, CCRC, Jack L. Paradise, MD, y Alejandro Hoberman, MD.

**Objetivo.** Desarrollamos un programa para el entrenamiento en el diagnóstico de la otitis media que incluyó imágenes que ilustraban varios hallazgos otoscópicos, guías mnemotécnicas para la recogida y sesiones de discriminación que incluyeron habilidades de retroalimentación y de valoración del diagnóstico.

**Métodos.** Preparamos un plan de estudios interactivo computerizado, Enhancing Proficiency in Otitis Media (ePROM), que se centró en el ensamblaje de imágenes paradas y de vídeo, clínicamente diversas de membranas timpanicas (MT). Para valorar la efectividad del plan de estudios, construimos un test, el Diagnostic Ear Assessment Resource, que consistió en 50 imágenes de MT. Pasamos el test a 48 residentes de pediatría o de medicina de familia que no habían sido expuestos al ePROM y, variando el orden de presentación de las imágenes, a otro grupo de 102 residentes en el mismo programa pero antes y después de la exposición al ePROM.

**Resultados.** Los porcentajes medios de diagnósticos correctos en el Diagnostic Ear Assessment Resource fueron mayores entre los residentes que habían sido expuestos al ePROM que entre los residentes con niveles comparables

de entrenamiento pero que no habían sido expuestos (67% vs. 62%; P = 0,007). Entre los residentes expuestos al ePROM, los porcentajes medios de diagnósticos correctos fueron mayores después de la exposición que antes (67% vs. 55%; P < 0,001).

**Conclusión.** Un plan de estudios computerizado y estructurado para complementar el entrenamiento clínico estándar puede mejorar las habilidades del residente a interpretar las imágenes paradas y de vídeo de las MT y puede mejorar sus habilidades en el diagnóstico de la otitis media. *Pediatrics*. 2009;124:e714-e720.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2838](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2838)

**RESUMEN. Diferenciar el síndrome PFAPA de las fiebres periódicas monogénicas.** Marco Gattorno, MD, Roberta Caorsi, MD, Antonella Meini, MD, Marco Cattalini, MD, Silvia Federici, MD, Francesco Zulian, MD, Elisabetta Cortis, MD, Giuseppina Calcagno, MD, Alberto Tommasini, MD, Rita Consolini, MD, Gabriele Simonini, MD, Maria Antonietta Pelagatti, MD, Maurizia Baldi, PhD, Isabella Ceccherini, PhD, Alessandro Plebani, MD, Joost Frenkel, MD, Maria Pia Sormani, PhD, y Alberto Martini, MD.

**Objetivos.** Analizar si hay diferencias clínicas entre los pacientes genéticamente positivos y negativos que cumplen los criterios del síndrome de fiebres periódicas, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical (PFAPA) y examinar la exactitud de la puntuación diagnóstica de Gaslini en la identificación de los pacientes con síndrome PFAPA con altas posibilidades de ser portadores de mutaciones relevantes en los genes asociados a las fiebres periódicas.

**Métodos.** Estuvo disponible la información clínica y genética completa de 393 niños con fiebre periódica; 82 tuvieron resultados positivos del test genético, 75 tuvieron resultados incompletos del test genético y 236 tuvieron resultados negativos para las mutaciones MVK, TNFRSF1A, y MEF. Se aplicaron los actuales criterios diagnósticos para el síndrome PFAPA.

**Resultados.** De los 393 niños, 210 cumplieron los criterios de síndrome PFAPA; 43 portaban diagnóstico de mutaciones (déficit de mavelonato cinasa: n = 33; receptor de factor de necrosis tumoral asociado a síndrome periódico: n = 3; fiebre mediterránea familiar: n = 7); 37 mostraron mutaciones de baja penetrancia o genotipos incompletos, y 103 mostraron resultados negativos al test genético. Los pacientes genéticamente positivos tuvieron una frecuencia alta de dolor abdominal y diarrea (P < 0,01). Los pacientes genéticamente negativos tuvieron una frecuencia alta de faringitis exudativa (P = 0,010). Los pacientes genéticamente indeterminados mostraron el mismo patrón de frecuencia de síntomas que los pacientes genéticamente negativos. La puntuación diagnóstica de Gaslini fue capaz de identificar correctamente el 91% de los pacientes genéticamente positivos, con una precisión global del 66%.

**Conclusión.** La puntuación diagnóstica de Gaslini representa una herramienta útil para identificar a pacientes que cumplen criterios de síndrome PFAPA y con bajo riesgo de ser portadores de mutaciones relevantes en los genes asociados a fiebres periódicas. *Pediatrics*. 2009;124:e721-e728.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0088](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0088)

**RESUMEN. Estimar la pérdida sanguínea: estudio comparativo de la exactitud de los padres y los profesionales sanitarios.** Marc Tebruegge, MRCPCH, MD, Indranil Misra, MRCPCH, MD, Anastasia Pantazidou, MD, Amruta Padhye, MRCPCH, MD, Sarmistha Maity, MRCPCH, MD, Buvana Dwarakanathan, MRCPCH, MD, Susan Donath, BSc, MA, Nigel Curtis, MRCPCH, PhD, y Veerasingham Nerminathan, FRCPCH, MD.

**Objetivo.** La hematemesis y las melenas no son dolencias que se presenten infrecuentemente en los niños. La cantidad de pérdida sanguínea comunicada por los padres es probable que influya en la decisión del pediatra sobre las investigaciones y manejo. Actualmente, existen sólo datos muy limitados sobre la capacidad de los profanos en estimar visualmente las pérdidas de sangre. Este estudio investigó la exactitud de los padres, en comparación con los pediatras, en la estimación de los volúmenes de pérdida sanguínea.

**Pacientes y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo, de ciego simple, incluyendo 227 participantes, comprendiendo 131 padres, 58 enfermeras y 38 médicos. Los participantes estimaron visualmente el volumen de 1 muestra aleatoria de cada una de las 2 categorías: (1) 1, 5 o 10 ml de sangre artificial colocada en un pañal (melena simulada) y (2) 5, 10 o 50 ml colocados en una batea (hematemesis simulada). Se utilizó un “factor de error” (=, volumen estimado/volumen real mostrado) para facilitar las comparaciones.

**Resultados.** Los padres proporcionaron las estimaciones globales más inexactas, aunque la exactitud individual varió considerablemente. La mayor sobreestimación (518 ml) y el mayor factor de error (23,4) se registraron en un padre; en general, el 71% de las estimaciones proporcionadas por los padres fueron sobreestimaciones. La mayor proporción de estimaciones precisas ( $\pm 50\%$  del volumen actual) fue registrada por las enfermeras (29%). Los médicos tuvieron tendencia a infravalorar los volúmenes (62% de las estimaciones fueron menores que la mitad del volumen real). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las valoraciones de las enfermeras y los médicos. Los profesionales sanitarios tendieron a sobreestimar los volúmenes pequeños y a infravalorar los volúmenes grandes. La experiencia profesional no tuvo impacto relevante en la exactitud, tampoco el género de los padres o la edad.

**Conclusiones.** La estimación visual de las pérdidas de sangre es muy inexacta, tanto para los profanos como para los profesionales sanitarios. Los médicos deben, por tanto, basar las decisiones de manejo principalmente en los hallazgos clínicos y no contar demasiado con la historia proporcionada o sus propias estimaciones. *Pediatrics*. 2009;124:e729-e736.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0592](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0592)

**RESUMEN. Los factores familiares no confunden la asociación entre peso al nacer y asma infantil.** Anne Kristina Örtqvist, BSc, Cecilia Lundholm, MSc, Eva Carlström, BSoc Sc, Paul Lichtenstein, PhD, Sven Cnattingius, MD, PhD, y Catarina Almqvist, MD, PhD.

**Objetivo.** Los estudios han encontrado asociaciones entre el bajo peso al nacer y el asma. Sin embargo, esta asociación puede deberse a factores de confusión familiares. Nuestro objetivo fue investigar si el crecimiento fetal y el

peso al nacer afectan el riesgo de asma en la infancia, controlando por edad gestacional (EG) y factores genéticos y medioambientales (familiares) comunitarios.

**Pacientes y métodos.** Se recopiló información sobre el asma, la cigosidad, características al nacer y factores de confusión potenciales para todos los gemelos de 9 a 12 años a través del Swedish Twin Register and Medical Birth Register. Para obtener el efecto global del peso al nacer en el riesgo de asma, realizamos un análisis de cohortes en todos los gemelos ( $N = 10.918$ ). Para valorar los factores de confusión genéticos y medioambientales comunitarios, realizamos un análisis de control co-gemelos utilizando 157 parejas gemelas del mismo sexo monocigóticas y 289 dicigotas que no presentaban asma.

**Resultados.** El índice global de asma siempre fue de 13,7%. En el análisis de cohorte el odds ratio (OR) ajustado para el asma en relación a descenso de 1.000 g en peso al nacer fue de 1,57 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,38-1,79) y para cada descenso de semana de gestación el OR fue 1,10 (IC 95%: 1,07-1,13). En el análisis de control de co-gemelos, un descenso de 1.000 g en el peso al nacer correspondió a un OR de 1,25 (IC 95%: 0,74-2,10) para los gemelos dicigotas del mismo sexo y 2,42 (IC 95%: 1,00-5,88) para los gemelos monocigotos.

**Conclusiones.** Hay una asociación entre el crecimiento fetal y el asma infantil que es independiente de la EG y del medioambiente comunitario (familiar) y los factores genéticos, lo cual indica que las restricciones del crecimiento fetal afectan el desarrollo de los pulmones, apoyando estudios adicionales en los mecanismos psicológicos y metabólicos precoces del asma infantil. *Pediatrics*. 2009;124:e737-e743.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0305](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0305)

**RESUMEN. Efectos adversos farmacológicos pediátricos en pacientes ambulatorios: análisis nacional de 11 años.** Florence T. Bourgeois, MD, MPH, Kenneth D. Mandl, MD, MPH, Clarissa Valim, MD, ScD, y Michael W. Shannon, MD, MPH.

**Objetivo.** Los efectos adversos farmacológicos (EAF) son una complicación frecuente de la atención médica, pero hay pocos datos pediátricos disponibles describiendo la frecuencia o la epidemiología de estos efectos. Estimamos la incidencia nacional de los EAF pediátricos que precisaron tratamiento médico, describiendo la población pediátrica que solicita atención por EAF y caracterizando los casos en términos de síntomas de los pacientes y medicaciones implicadas.

**Métodos.** Se obtuvieron los datos del National Center for Health Statistics, que recoge información de las visitas de los pacientes a centros ambulatorios y servicios de urgencias en Estados Unidos. Analizamos los datos para los niños de 0 a 18 años de edad que solicitaron tratamiento médico por EAF entre 1995 y 2005.

**Resultados.** El número medio anual de las visitas relacionadas con EAF fue de 585.922 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 503.687-668.156) de los cuales el 78% ocurrieron en los centros ambulatorios y 12% en los servicios de urgencias. Los niños de 0 a 4 años de edad tuvieron la mayor incidencia de visitas relacionadas con EAF, contabilizando el 43,2% (IC 95%: 35,6%-51,2%) de las visitas. Las manifestaciones de síntomas más frecuentes fueron al-

teraciones dermatológicas (45,4% [IC 95%: 36,9%-54,1%]) y síntomas gastrointestinales (16,5% [IC 95%: 11,1%-23,8%]). Las clases de fármacos más frecuentemente implicados en los EAF fueron los antibióticos (27,5% [IC 95%: 21,5%-34,5%]), los fármacos del sistema nervioso central (6,5% [IC 95%: 4,0%-10,5%]), y las hormonas (6,1% [IC 95%: 3,1%-11,6%]). Mientras que los EAF relacionados con los antibióticos fueron más frecuentes entre los niños de 0 a 4 años y disminuyeron en frecuencia entre los niños mayores, los EAF producidos por fármacos del sistema nervioso central y las hormonas aumentaron en frecuencia entre los niños de 5 a 11 y de 12 a 18 años.

**Conclusiones.** Los EAF producen un número sustancial de visitas sanitarias, particularmente en los centros ambulatorios. La incidencia de EAF y las medicaciones implicadas varían según la edad, indicando que las estrategias específicas por la edad para la monitorización y prevención de los EAF pueden ser muy eficaces. *Pediatrics*. 2009;124:e744-e750.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3505](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3505)

**RESUMEN. Diagnóstico posnatal del síndrome de Down: síntesis de la evidencia de cómo es mejor dar la noticia.** Brian G. Skotko, MD, MPP, George T. Capone, MD, y Priya S. Kishnani, MD, en nombre del Down Syndrome Diagnosis Study Group.

**Contexto.** Muchos padres de niños con síndrome de Down (SD) han expresado su insatisfacción sobre cómo conocieron el diagnóstico de su hijo. El SD sigue siendo la alteración cromosómica más común, que ocurre en 1 de cada 733 nacimientos, siendo la mayoría de los niños aún diagnosticados posnatalmente.

**Objetivo.** Nuestro objetivo fue revisar sistemáticamente todas las evidencias disponibles sobre cómo deben enfocar los médicos la conversación en la que explican por primera vez el SD a los nuevos padres.

**Métodos.** Buscamos en las bases de datos on line desde 1969 hasta 2008, incluyendo Medline y Psychinfo, así como las páginas web mantenidas por organizaciones académicas (ej., American Academy of Pediatrics) y otras organizaciones privadas sin ánimo de lucro (ej., the National Down Syndrome Society), utilizando los términos “Síndrome de Down”, “trisomía del 21”, “mongolismo”, “diagnóstico prenatal”, “cuidados posnatales”, y “alta del centro sanitario”. Se seleccionaron los artículos si respondían a  $\geq 1$  pregunta de investigación establecida a priori: (1) ¿quién es la mejor persona para comunicar la noticia?, (2) ¿cuál es el mejor momento para dar la noticia?, (3) ¿cuál es el mejor sitio para dar la noticia?, (4) ¿qué información debe proporcionarse? y (5) ¿cómo debe comunicarse la noticia? Todos los estudios fueron evaluados para calidad según el método señalado por la US Preventative Services Task Force. Las recomendaciones finales se basaron en la fuerza de la evidencia.

**Resultados.** Los padres prefieren recibir el diagnóstico juntos en una reunión con su obstetra y su pediatra. La conversación debe llevarse a cabo en un despacho privado tan pronto como el médico sospeche el diagnóstico de SD. Debe proporcionarse información exacta y actualizada, incluyendo información sobre los grupos de apoyo local y los recursos.

**Conclusión.** Implementando unas medidas neutrales de bajo coste, los médicos pueden proporcionar el diagnóstico

posnatal de SD de forma que sea juzgada por los nuevos padres como sensible y apropiada. *Pediatrics*. 2009;124:e751-e758.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0480](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0480)

**RESUMEN.** Alteración de la calidad de vida relacionada con la salud en niños con dolor recurrente. Solveig Petersen, PhD, Bruno Lars Hägglöf, PhD, y Erik Ingemar Bergström, PhD.

**Objetivo.** El objetivo del actual estudio fue investigar la calidad de vida relacionada con la salud (CdVRS) autococomunicada en la población general de jóvenes escolarizados con dolor recurrente (ej., cefalea, dolor de estómago o dolor de espalda).

**Métodos.** El estudio se realizó en Umea, una ciudad universitaria en Suecia. Todos los niños en los grados 3 a 6 fueron invitados y el 97% participaron (313 chicas y 292 chicos en el grado 3 [media de edad: 9,7 años]; 386 chicas y 464 chicos en grado 6 [media de edad: 12,6 años]). Se midieron el dolor y la CdVRS con cuestionarios.

**Resultados.** Dos tercios de los niños comunicaron dolor recurrente (al menos mensual). Un tercio comunicó dolor semanal y 4 de 10 experimentaron dolor en múltiples localizaciones. La alteración de la CdVRS fue el doble de lo común entre los niños con dolor recurrente, comparado con los niños sin dolor. Todos los aspectos de la CdVRS (ej. funcionamiento físico, emocional, social y escolar y bienestar) estaban alterados. El nivel de alteración se clasificó como considerable, especialmente por los niños que experimentaron dolor en varias partes del cuerpo y los niños con dolor semanal ( $d$  Cohen = 0,6-0,8).

**Conclusiones.** Este estudio muestra que los jóvenes escolarizados con dolor recurrente tienen alterada considerablemente su CdVRS. *Pediatrics*. 2009;124:e759-e767.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1546](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1546)

**RESUMEN. Factores de riesgo de muerte por infección del tracto respiratorio inferior entre los niños en Estados Unidos en 1999-2004.** Rosalyn J. Singleton, MD, MPH, Elisabeth A. Wirsing, MPH, Dana L. Haberling, MSPH, Krista Y. Christensen, MPH, Christopher D. Paddock, MD, Joseph A. Hilinski, MD, Barbara J. Stoll, MD, y Robert C. Holman, MS.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo fue describir los factores de riesgo maternos y de nacimiento asociados con muertes asociadas a infección del tracto respiratorio inferior (ITRI) entre niños en Estados Unidos.

**Métodos.** Se examinaron los registros de niños con ITRI como causa de muerte utilizando la base de datos ligada a nacimiento/muerte infantil durante 1999-2004. Se compararon los niños muertos con ITRI y una muestra aleatoria de niños supervivientes para las características seleccionadas.

**Resultados.** Se documentaron un total de 5.420 muertes de niños asociadas a ITRI en Estados Unidos durante 1999-2004, para un índice de mortalidad infantil asociada a ITRI de 22,3 por 100.000 nacidos vivos. Los índices variaron según la raza; el índice para los niños indios americanos/naturales de Alaska (IN/NA) fue mayor (53,2) seguido por los niños negros (44,1), blancos (18,7) y asiáticos/islas Pacíficas.

co (12,3). Los niños con bajo peso al nacer (< 2.500 g) tuvieron un riesgo aumentado de morir durante una ITRI tras controlar por otras características, especialmente los niños negros. Los niños IN/NA y los negros nacidos con peso  $\geq$  2.500 g tuvieron más posibilidad de morir con ITRI que otros niños con el mismo peso al nacer. Otros factores de riesgo que se asociaron con muerte infantil por ITRI incluyeron el género masculino, el tercer o más nacido vivo, una puntuación Apgar < 8, madre soltera, madre con < 12 años de educación, madre < 25 años de edad y madre fumadora durante el embarazo.

**Conclusiones.** El bajo peso al nacer se asoció con incremento marcado del riesgo de muerte por ITRI entre todos los grupos raciales. Entre todos los niños con peso al nacer  $\geq$  2.500 g, los niños IN/NA y los negros tuvieron mayor riesgo de muerte por ITRI, incluso después de controlar por los factores maternos y relacionados con el parto. Son necesarios nuevos estudios y estrategias que se centren en la prevención de los factores de riesgo asociados con la madre y relacionados con el parto para la ITRI posneonatal y en la identificación de factores de riesgo adicionales que contribuyan a aumentar la mortalidad entre los niños IN/NA y negros. *Pediatrics*. 2009;124:e768-e776.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0109](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0109)

**RESUMEN. El “factor miedo” para las mascarillas quirúrgicas y los protectores de cara, tal como es percibido por los niños y sus padres.** Sarah E. Forgie, MD, Jeff Reitsma, MD, Don Spady, MSc, MD, Bruce Wright, MD, y Kent Stobart, MSc, MD.

**Objetivo.** El objetivo fue determinar si los niños pequeños y sus padres prefieren que los médicos se pongan protectores de cara transparentes o mascarillas quirúrgicas.

**Métodos.** Se incluyeron 80 niños (4-10 años de edad) y sus cuidadores del servicio de urgencias pediátrico. Se distribuyó una encuesta y fotografías a color de los mismos médicos y médicas con protectores de cara y mascarillas quirúrgicas. Se solicitó a los padres que decidieran qué tipo de médicos preferían que cuidaran a sus hijos y con qué tipo de médicos pensaban que estarían más cómodos sus hijos. Después se pidió a los niños que decidieran qué tipo de médicos preferían que los cuidaran y por qué. También se preguntó a los niños si encontraban alguno de los médicos aterrador, y en caso positivo, por qué.

**Resultados.** El 51% de los padres prefirieron las fotos de los médicos que llevaban protectores de cara, y el 62% pensaban que sus hijos escogerían a los médicos con protectores de cara porque sus caras eran visibles y por lo tanto menos aterradoras. Sin embargo, el 59% de los niños constataron que cualquiera de los grupos de médicos estaría bien y no eran aterradores: si tenían que elegir, el 49% elegirían a los médicos con protectores de cara.

**Conclusión.** Los médicos y los pacientes tienen la percepción de que las mascarillas quirúrgicas son aterradoras para todos los niños. Nuestro estudio ha demostrado que esta percepción no es completamente cierta. Sin embargo, las máscaras de cara pueden ser la mejor elección, porque tanto los padres como los niños prefieren esta opción. *Pediatrics*. 2009;124:e777-e781.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3709](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3709)

**RESUMEN.** Eficacia de las intervenciones para mejorar el desarrollo motor en los niños pequeños: una revisión sistemática. Annaleise M. Riethmuller, BEd, Rachel A. Jones, PhD, y Anthony D. Okely, EdD.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue revisar sistemáticamente la evidencia de los estudios clínicos controlados sobre la eficacia de las intervenciones de desarrollo motor en los niños pequeños.

**Métodos.** Se realizó una búsqueda bibliográfica de las intervenciones en 14 bases de datos electrónicas. Tres revisores evaluaron independientemente los estudios para determinar si cumplían los criterios de inclusión. Se compararon los estudios en 5 componentes: diseño, calidad de la metodología, componentes de las intervenciones, eficacia y alineación con las declaraciones del Consolidated Standard of Reporting Trials (CONSORT) y del Transparent Reporting of Evaluation with Nonrandomized Designs (TREND).

**Resultados.** Diecisiete estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Más de la mitad (65%) fueron estudios clínicos controlados y realizados en los centros de cuidados infantiles o en las escuelas (65%). Tres estudios tuvieron una alta calidad metodológica. Los estudios tuvieron una duración de ≈12 semanas y fueron repartidos por los maestros, investigadores y estudiantes. Los padres estuvieron implicados sólo en 3 estudios. Casi el 6% de los estudios comunicó mejorías estadísticamente significativas en los seguimientos. Tres estudios estuvieron alineados con las declaraciones CONSORT y TREND.

**Conclusiones.** Esta revisión subraya la limitada cantidad y calidad de las intervenciones para mejorar el desarrollo motor en los niños pequeños. Se realizan las siguientes recomendaciones: (1) tanto los profesores como los investigadores deben estar involucrados en la implementación de una intervención; (2) la implicación de los padres en crítica para asegurar la transferencia de conocimiento desde el sitio de la intervención hasta el ambiente familiar; y (3) las intervenciones deben ser metodológicamente sólidas y seguir las guías clínicas detalladas en las declaraciones CONSORT y TREND. *Pediatrics*. 2009;124:e782-e792.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0333](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0333)

**RESUMEN.** Cerrar la brecha de calidad: promover los cuidados de lactancia basados en la evidencia en el hospital. Melissa Bartick, MD, MSc, Alison Stuebe, MD, MSc, Katherine R. Shealy, MPH, IBCLC, RLC, Marsha Walker, RN, IBCLC, y Laurence M. Grummer-Strawn, PhD.

La evidencia muestra que las prácticas basadas en el hospital afectan la duración y la exclusividad de la lactancia durante el primer año de vida. Sin embargo la encuesta CDC de 2007 de las instalaciones para la maternidad en EE. UU. mostró una mala adherencia con las prácticas basadas en la evidencia. De una puntuación posible de 100 puntos, la puntuación media del hospital fue sólo del 63 con grandes discrepancias regionales. Fueron frecuentes

el inadecuado suministro y promoción de la fórmula infantil, a pesar de la evidencia de que estas prácticas disminuyen el éxito de la lactancia. El 24% de las instalaciones indicaron que proporcionaban regularmente suplementos de leche no materna a más de la mitad de todos los niños sanos a término. Las medidas disponibles para medir la calidad de los cuidados de lactancia van desde una certificación de hospital integral agradable para los niños al cumplimiento con los pasos individuales, como el índice de lactancia exclusiva en el hospital. Otros enfoques para mejorar los cuidados de la lactancia incluyen (1) educación de los que toman decisiones en el hospital (ej., a través de publicaciones, seminarios, declaraciones de organizaciones profesionales y campañas de las bases nacionales), (2) reconocimiento de la excelencia, a través de la designación de hospital agradable para los niños, (3) supervisión por las organizaciones acreditativas, como la Joint Commission o las autoridades estatales del hospital, (4) comunicación pública de los indicadores de la calidad de los cuidados de la lactancia, (5) pagar por incentivos de realización en los cuales Medicaid u otras terceras partes proporcionen compensaciones económicas adicionales a los hospitales individuales que cumplan ciertos estándares de calidad, y (6) colaboraciones regionales, en las cuales los miembros de distintos hospitales trabajen conjuntamente para aprender de cada uno y alcanzar la mejora de los objetivos de calidad en sus instituciones. Estos esfuerzos, así como un liderazgo central fuerte, pueden afectar tanto a la iniciación como a la duración de la lactancia, con unos beneficios sustanciales y largos para la salud materna y del niño. *Pediatrics*. 2009;124:e793-e802.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0430](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0430)

**RESUMEN.** Están todos los niños por encima de la media. Anjali Jain, MD.

*Pediatrics*. 2009;124:e803-e804.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1897](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1897)

**RESUMEN.** ¿Puede la eritropoyetina mejorar los resultados de desarrollo para los niños pretermino? Ronald J. McPherson, PhD.

*Pediatrics*. 2009;124:e805-e806.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1853](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1853)

**RESUMEN.** ¿Cuándo deben ser examinados los niños para enfermedades genéticas? Amanda A. Trott, MD, y Reuben Matalon, MD, PhD.

*Pediatrics*. 2009;124:e807-e808.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1498](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1498)