

COMENTARIOS

Hiperbilirrubinemia en un recién nacido ≥ 35 semanas de gestación: actualización con aclaraciones

M. Jeffrey Maisels, MB, BCh, DSc, Vinod K. Bhutani, MD, Debra Bogen, MD, Thomas B. Newman, MD, MPH, Ann R. Stark, MD, y Jon F. Watchko, MD

En julio de 2004, el Subcommittee on Hyperbilirubinemia of the American Academy of Pediatrics (AAP) publicó su guía de práctica clínica para el manejo de la hiperbilirrubinemia en los niños nacidos con ≥ 35 semanas de gestación, y unas guías similares fueron publicadas en 2007 por la Canadian Paediatric Society. La experiencia con la implementación de las guías de la AAP sugiere que algunas áreas precisan aclaración. Las guías de la AAP de 2004 también expresan la esperanza de que su implementación podrá “reducir la incidencia de encefalopatía por bilirrubina y la hiperbilirrubinemia grave...”. No sabemos cuántos médicos siguen estas guías, ni tampoco sabemos la incidencia actual de la encefalopatía por bilirrubina en Estados Unidos. Sin embargo, sabemos que el kernicterus aún sigue apareciendo en Estados Unidos, Canadá y Europa occidental. En 2002, la National Quality Form sugirió que el kernicterus debía clasificarse como un “episodio comunicable grave”, algunas veces llamado como “never event”, lo que significa que, con la monitorización adecuada, vigilancia e intervención, esta alteración fatal puede o debe ser eliminada. Aunque éste es ciertamente un objetivo deseable, es altamente improbable que pueda alcanzarse a la vista de nuestro actual estado de conocimiento y práctica. En ciertas circunstancias (de forma notable, déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa [G6FDH], sepsis, predisposición genética u otros estresantes desconocidos) la hiperbilirrubinemia grave aguda puede aparecer y puede provocar daño cerebral a pesar de una adecuada monitorización e intervención.

Además, para aclarar ciertos temas en las guías de la AAP de 2004, recomendamos el cribado de bilirrubina prealta universal utilizando las mediciones de bilirrubina sérica total (BST) o de bilirrubina transcutánea (BTc), que ayuda a valorar el riesgo de hiperbilirrubinemia grave posterior. También recomendamos una estrategia más estructurada para el manejo y seguimiento según el BTS/BTc pre alta, edad gestacional y otros factores de riesgo para la hiperbilirrubinemia. Estas recomendaciones representan un consenso de la opinión de expertos basado en la evidencia disponible y están apoyadas por varios revisores independientes. Sin embargo, su eficacia en la prevención del kernicterus y su coste-eficacia se desconocen.

Cribado universal de bilirrubina, guías clínicas y evidencia

Thomas B. Newman, MD, MPH

En un comentario y actualización de las guías clínicas de la American Academy of Pediatrics (AAP), “Manejo de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido de 35 o más se-

manas de gestación”, en este número de *Pediatrics*, Maisels et al recomiendan que a todos los recién nacidos se les realicen mediciones de bilirrubina antes del alta tras su nacimiento. Por el contrario, la declaración de recomendación de la US Preventive Services Task Force (USPSTF), apoyada por una revisión sistemática, concluye que la evidencia es insuficiente para realizar tal recomendación.

Especificamente sabemos que, en ausencia de cribado universal, la detección y manejo de la hiperbilirrubinemia clínicamente significativa, durante la hospitalización por nacimiento, cuentan con muchos pasos imperfectos: (1) las enfermeras y los médicos deben recordar examinar al niño por ictericia; (2) necesitan distinguir visualmente entre la ictericia que es y que no es clínicamente significativa según la edad del niño en horas; y (3) necesitan combinar la información de esta valoración visual de ictericia y/o el nivel de bilirrubina sérica total (BST) con el conocimiento de otros factores de riesgo del recién nacido para determinar la necesidad de y el momento de las mediciones de bilirrubina, las visitas de seguimiento y los tratamientos.

La base subrayada arriba podría aplicarse cuando la incidencia de kernicterus fuese de 1 en 10.000 o 1 en 1 millón, pero seguramente los beneficios potenciales del cribado dependen de qué cantidad de kernicterus hay que prevenir, y esto no se sabe.

Cribado de bilirrubina para los recién nacidos normales: una crítica al nomograma de bilirrubina específico por hora

David L. Fay, MD, Kenneth G. Schellhase, MD, MPH, y Gautham K. Suresh, MD

Los médicos que están falsamente tranquilos por cada resultado falso-negativo pueden seguir de forma inadecuada a los recién nacidos tras el parto, y por lo tanto retrasar la detección y tratamiento de una enfermedad grave. También hemos encontrado muchos médicos que creen que el nomograma de Bhutani et al predice el riesgo de kernicterus por sí solo y muchos que lo utilizan para decidir cuándo iniciar fototerapia. Esta mala utilización aumenta porque el nomograma de Bhutani et al no es claro y es propenso a mala interpretación.

En este número de *Pediatrics*, Anastasia et al describen un nuevo nomograma de bilirrubina transcutánea. Aunque su estudio tiene una baja tasa de desgaste antes del alta hospitalaria a las 72 y 96 h de vida, sus defectos son similares a los del estudio de Bhutani et al: una muestra de pacientes altamente seleccionados (niños blancos de un único hospital griego, de los cuales el 45% fueron alimentados con fórmula y el 38% nacieron por cesárea), seguimiento selectivo tras el alta, y falta de validación en una muestra independiente de pacientes. El patrón oro utilizado para estimar las características de la prueba fueron las guías clínicas de fototerapia de la American Academy of Pediatrics, que están basadas únicamente en opinión de expertos. Por lo tanto, la significación clínica de este nomograma se desconoce, igual que su tendencia a la mala interpretación.

El coste de un programa universal de cribado de la bilirrubina es alto, entre 4 millones y 78 millones de dólares para prevenir 1 caso de kernicterus, si se asume la eficacia del cribado. Cualquier programa de prevención tan caro precisa de altos niveles de evidencia para justifi-

ficar la difusión de la implementación. El cribado extenso sin pruebas de eficacia puede resultar no sólo un desaprovechamiento de los recursos sanitarios sino también pruebas innecesarias a muchos recién nacidos, “medicalización” de los recién nacidos normales y efectos adversos en los padres, incluyendo la ansiedad y la percepción negativa de los cuidados globales del niño.

El kernicterus es una complicación grave de la hiperbilirrubinemia que debe prevenirse, pero, idealmente, con intervenciones apoyadas por altos niveles de evidencia de investigaciones rigurosas. Hasta que esta evidencia esté disponible, los métodos que pueden ser a lo mejor ineficaces y a lo peor dañinos deben evitarse, y debe enfatizarse el seguimiento y evaluación de los recién nacidos. El uso de un nomograma de bilirrubina específico por hora, aunque bien intencionado, no sólo es injustificado como método del cribado de riesgo sino también alienta potencialmente seguimientos inadecuados de los recién nacidos y los expone a un riesgo inadecuado.

¿Cómo podemos apoyar el seguimiento por el médico de atención primaria después de una visita al servicio de urgencias por asma?

Mona E. Mansour, MD, MS

Muchos investigadores y médicos han luchado para entender 2 problemas relacionados: (1) por qué los niños urbanos solicitan atención en el servicio de urgencias (SU) para enfermedades sensibles a cuidados ambulatorios y (2) cómo asegurar el seguimiento para estas visitas con el médico de atención primaria. Llegar a comprender el comportamiento de estos pacientes en la búsqueda de cuidados sanitarios podrá ayudar en el desarrollo de intervenciones que ayuden a diseñar el sistema sanitario para mejorar los resultados sanitarios de los niños y disminuir los costes sanitarios. En este número de *Pediatrics*, el estudio realizado por Zorc et al destaca el intento de implementar una intervención que puede llevarse a cabo en un SU y puede aumentar la probabilidad de seguimiento con el médico de atención primaria (MAP) para un grupo de niños urbanos con asma.

Este estudio es único en señalar las creencias sanitarias de los padres en relación con el seguimiento de los pacientes por el MAP.

Los resultados de este estudio ilustran la complejidad de esta población de pacientes y las múltiples barreras que existen a la sanidad. También destaca que, para cada paciente individual, la red de temas que afectan los comportamientos de búsqueda de cuidados es única y las estrategias de intervención a medida tienen más probabilidad de ser eficaces que muchos enfoques universales. Sin embargo, ¿cómo podemos hacer posible este tipo de intervenciones en un SU lleno?

NIDCAP: probando la efectividad de la intervención global basada en la relación

Heidelise Als, PhD

El éxito de la investigación significa el descubrimiento de un patrón adecuado que no había sido reconocido

previamente. La primera investigación del Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NICAP) en 1986, un pequeño estudio en fase tardía, fue descartada debido a defectos de diseño. Sin embargo, ello inspiró a varios investigadores. Pronto siguieron estudios clínicos más rigurosos y ratificaron los resultados del primer estudio.

Un estudio clínico controlado, aleatorizado (ECC), con la mayor muestra hasta la fecha (~160 niños) de Leiden, Holanda, no mostró los beneficios de este programa como se había comunicado previamente en múltiples publicaciones. ¿Qué podría explicar esta sorprendente incapacidad de rechazar la hipótesis nula?

¿Qué podemos concluir de estos estudios? El enfoque NIDCAP es, efectivamente, una intervención compleja, exhaustiva, basada en las relaciones y en la intensidad de los miembros. Necesita la creación de conexiones y confianza con las familias estudiadas y los cuidadores. NIDCAP no es una intervención de cantidad de informes escritos sino de calidad de las interacciones y guía. Estas relaciones necesitan tiempo para desarrollarlas y fortalecerlas. La medida de fidelidad de la implementación del NIDCAP es de gran importancia. Los estudios de medicamentos insisten en la pureza y la exactitud de la dosis administrada, y también la intervención NIDCAP, aunque esta intervención es más difícil de cuantificar. El entrenamiento NIDCAP incluye una herramienta de medición de las escalas de puntuación definidas operativamente para el perfil físico y de cuidador observado. Las mediciones realizadas de forma seriada por observadores cegados deben utilizarse si uno espera demostrar una medida fiable de fidelidad a la implementación sanitaria. La calidad de los cuidados en enfermería también debe medirse de antemano para estimar la fiabilidad de los ECC NIDCAP. La NIDCAP Federation International (NFI) desarrolló un instrumento de certificación de enfermería que consiste en un gran número de estas escalas que permite medir la calidad de la implementación de los cuidados del desarrollo del sistema de enfermería completo.

¿Quién debe administrar la insulina en las escuelas? Arreglar la controversia

Howard Taras, MD

La declaración de política de la American Academy of Pediatrics (AAP) “Guías para la publicación de medicación en la escuela”, publicada en este número de *Pediatrics*, es valiosa para los pediatras cuyos pacientes precisan medicación durante la jornada escolar. Así mismo, los pediatras deben estar al corriente de las leyes de su estado, incluso aunque sólo sea para saber si son prudentes para la seguridad o precisan revisión. Dado que las declaraciones de política no pueden dirigirse fácilmente a cada situación particular, es comprensible que la administración de insulina no se trate específicamente en esta declaración.

La controversia se refiere a los estudiantes que aún no son capaces de calcular o de autoadministrarse la insulina (ej. aquellos con trastornos de aprendizaje o retraso del desarrollo o los menores de 8 años).

Una minoría de los distritos escolares ignoran de forma inaceptable las leyes federales que garantizan el derecho del estudiante a recibir servicios sanitarios escola-

res seguros. En cambio, otros distritos con recursos y ambientes comparables dispusieron que hubiera enfermeras escolares, enfermeras itinerantes contratadas por agencia, o enfermeras licenciadas en prácticas presentes en los momentos programados de administración de insulina y disponibles también durante una hora en tiempos no programados. Los siguientes puntos ilustran por qué, en este momento, sólo las enfermeras en todos los distritos deben administrar insulina a los estudiantes incapaces de hacerlo por ellos mismos.

NIDCAP: nuevas evidencias controvertidas por su eficacia

Arne Ohlsson, MD, MSc, FRCPC, FAAP

A principios de los 80, Als conceptualizó la teoría "síntactiva" del desarrollo infantil y estableció el Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Este programa precisa de cuidadores entrenados para observar los comportamientos neonatales antes, durante y después de las intervenciones de los cuidadores y proporcionar recomendaciones de cuidados al equipo y los padres. Estas recomendaciones a menudo son generalizadas e incluyen reducciones de los niveles de ruido y luz, ayuda a promover flexiones y autorregulación, agrupación de los cuidados e implicación de los padres.

Incorporar en un meta-análisis los resultados de los estudios comunicados en este número de *Pediatrics* por Maquire et al y Petersen et al, que añaden 288 niños a los 285 incluidos previamente en los estudios NIDCAP, proporcionará unas estimaciones más precisas del tamaño-efecto, así como una meta-regresión para ajustar por diferencias en las características basales entre los grupos del estudio.

Maguire et al concluyen que el NIDCAP no es efectivo para los resultados a largo plazo, mientras que Peters et al mantienen que el NIDCAP mejora significativamente los resultados a corto y largo plazo. ¿Existe algunas diferencias obvias en la metodología, población del estudio, intervención o comunicación para explicar estas diferencias?

El ajuste por múltiples comparaciones puede disminuir el número de resultados significativos.

En resumen, dado que los dos estudios fueron pequeños, las diferencias en los resultados pueden ser producto de la casualidad o de características basales que favorecieron al grupo NIDCAP en el estudio de Peters et al. Pueden haber otras fuentes de sesgo, porque los estudios que no son doble ciego muestran grandes efectos estimados. Antes de iniciar investigaciones adicionales en el NIDCAP, deben hacerse consideraciones a los informes sobre que muchos comportamientos NIDCAP raramente o nunca se han observado entre los niños pretermino, sólo algunos se han asociado con intervenciones dolorosas/estresantes y que la agrupación por cuidados puede producir importantes reacciones autonómicas y de comportamiento. Cualquier intervención innovadora, sensible al desarrollo, debe empezar en el momento de nacer en la sala de reanimación, donde los neonatos son expuestos a niveles de ruido y luz excesivos y estímulos dolorosos/estresantes en distintas partes del cuerpo (boca, nariz, garganta, laringe y manos) representadas por grandes áreas en el córtex sensorial.

ORIGINALES

Dramático incremento del tromboembolismo venoso en hospitales infantiles en Estados Unidos desde 2001 a 2007

Leslie Raffini, MD, MSCE, Yuan-Shung Huang, MS, Char Witmer, MD, y Chris Feudtner, MD, PhD, MPH

Objetivos. Los objetivos fueron determinar si ha habido un incremento en los índices de tromboembolismo venoso (TEV) en los hospitales pediátricos terciarios y evaluar el uso de anticoagulantes en el tratamiento de los pacientes pediátricos hospitalizados con TEV.

Métodos. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo de pacientes < 18 años de edad que fueron dados de alta de 35 a 40 hospitales infantiles (dependiendo del año) en Estados Unidos en 2001-2007. Utilizando la base de datos administrativa del Pediatric Health Information System, se valoraron los casos por los códigos de alta para TEV; el uso de anticoagulantes se valoró utilizando los archivos de farmacia específicos por paciente.

Resultados. Durante los 7 años del período del estudio, en los cuales 11.227 pacientes fueron diagnosticados de TEV, el índice anual de TEV aumentó en 70% desde 34 hasta 58 casos por 10.000 ingresos hospitalarios ($P < 0,001$). Este aumento se observó en los neonatos, bebés, niños pequeños y adolescentes. La mayoría de los niños (63%) con TEV tuvieron ≥ 1 enfermedad médica compleja crónica coexistente. Los tumores pediátricos fueron las alteraciones médicas comórbidas más fuertemente asociadas con TEV recurrente ($P < 0,001$). La proporción de niños con TEV que fueron tratados con enoxaparina aumentó del 29% al 49% durante este período de tiempo ($P < 0,001$); el uso de warfarina disminuyó ligeramente desde 11,4% a 9,6% ($P = 0,02$). El aumento de edad se asoció con aumento de la probabilidad de que los pacientes con TEV fueran tratados con enoxaparina o warfarina.

Conclusiones. Este estudio multicéntrico demostró un dramático incremento en el diagnóstico de TEV en los hospitales infantiles desde 2001 a 2007.

Mejoría de los resultados a corto y largo plazo para los niños con muy bajo peso al nacer: estudio Edmonton NIDCAP

Kathrine Leigh Peters, PhD, RN, Rhonda Jean Rosychuk, PhD, PStat, Leonora Henderson, MBBS, MSc, FRCPC, Judith Jean Coté, MN, RN, Catherine McPherson, BScN, RN, y Juzer Mohamed Tyebkhan, MBBS, MRCP, FRCPC

Objetivo. Nuestro objetivo fue determinar el impacto del programa asistencial basado en el Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) sobre la duración de la estancia de los niños con muy bajo peso al nacer (MBPN). Las medidas de resultados secundarios fueron los días de ventilación, incidencia de enfermedad pulmonar crónica, y resultados del desarrollo neurológico a los 18 meses.

Métodos. Este estudio aleatorio de grupos controlado se realizó en grandes UCIN de Canadá, con una evaluación

de seguimiento a los 18 meses de edad, desde septiembre de 1999 a septiembre de 2004. Cien series de niños MBPN únicos y 10 de gemelos MBPN se asignaron aleatoriamente a NIDCAP o a control, y el 90% participaron en las valoraciones de seguimiento. La intervención fue de cuidados basados en NIDCAP ($N = 56$), esto es, cuidados por miembros del personal educados en NIDCAP y observaciones de comportamiento. El grupo control ($N = 55$) recibió asistencia en UCIN estándar. El análisis estadístico se ajustó para la aleatorización en grupos. Aunque las intervenciones no estuvieron cegadas, los médicos que tomaron las decisiones de dar de alta a los niños no estaban implicados en el estudio, y los miembros del equipo de seguimiento estuvieron cegados respecto al grupo.

Resultados. Los niños del grupo NIDCAP tuvieron una disminución de la duración de la estancia (media: NIDCAP: 74 días; control: 84 días; $P = 0,003$) y de la incidencia de enfermedad pulmonar crónica (NIDCAP: 29%; control: 49%; odds ratio: 0,42 [intervalo de confianza 95%: 0,18-0,95]; $P = 0,035$). A los 18 meses de edad ajustada, los niños del grupo NIDCAP mostraron menos discapacidad, especialmente retraso mental (NIDCAP: 10%; control: 30%; odds ratio: 0,25 [intervalo de confianza 95%: 0,08-0,82]; $P = 0,017$).

Conclusiones. Los cuidados basados en NIDCAP para los niños MBPN mejoraron significativamente los resultados a corto y largo plazo.

Efectos de los cuidados de desarrollo individualizados en un estudio aleatorizado de niños pretérmino < 32 semanas

Celeste M. Maguire, PhD, Frans J. Walther, MD, PhD, Arwen J. Sprij, MD, Saskia Le Cessie, PhD, Jan M. Wit, MD, PhD, y Sylvia Veen, MD, PhD, por el Leiden Developmental Care Project

Objetivo. El objetivo fue investigar los efectos del programa Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) en los días de apoyo respiratorio y cuidados intensivos, crecimiento y desarrollo neuromotor a la edad a término para los niños nacidos con < 32 semanas.

Métodos. Los niños fueron asignados aleatoriamente, durante las 48 h posteriores al nacimiento, al grupo NIDCAP o al grupo de cuidados básicos de desarrollo (control). La intervención NIDCAP consistió en observaciones semanales del comportamiento formal de los niños y recomendaciones de cuidado y apoyo para los miembros del equipo y los padres, así como cobertores para las incubadoras y ayudas de posicionamiento. A los niños del grupo control se les administraron cuidados de desarrollo básico, que consistieron sólo en ayudas de posicionamiento y un cobertor de incubadora. Las medidas de resultados fueron el apoyo respiratorio, cuidados intensivos y peso < 1.000 g. Los parámetros de crecimiento se midieron semanalmente o cada dos semanas y a la edad a término. El desarrollo neuromotor se valoró a la edad a término.

Resultados. Cumplieron con los criterios de inclusión un total de 164 niños (NIDCAP: $N = 81$; control: $N = 83$). Los índices de mortalidad hospitalaria fueron 8 (9,9%) de 81 niños en el grupo NIDCAP y 3 (3,6%) de 83 niños en el grupo control. No se observaron diferencias en la media de días de apoyo respiratorio (NIDCAP:

13,9 días; control: 16,3 días) o media de días de cuidados intensivos (NIDCAP: 15,2 días; control: 17,0 días). El crecimiento a corto plazo y el desarrollo neuromotor a la edad a término no mostraron diferencias, incluso con la corrección para la duración de las intervenciones.

Conclusiones. Los cuidados de desarrollo NIDCAP no tuvieron efecto en el apoyo respiratorio, días de cuidados intensivos, crecimiento o desarrollo neuromotor a la edad a término.

Impacto del cribado universal de bilirrubina en la hiperbilirrubinemia grave y el uso de fototerapia

Michael W. Kuzniewicz, MD, MPH, Gabriel J. Escobar, MD, y Thomas B. Newman, MD, MPH

Objetivo. El objetivo fue valorar el impacto del cribado universal de bilirrubina en la hiperbilirrubinemia grave y el uso de fototerapia.

Métodos. En este estudio de cohortes retrospectivo de 358.086 niños ≥ 35 semanas y ≥ 2.000 g nacidos entre el 1 de enero de 1995 y el 30 de junio de 2007, obtuvimos los datos demográficos, los niveles de bilirrubina, y los códigos para la fototerapia de pacientes ingresados de las bases de datos existentes. Comparamos la incidencia de los niveles altos de bilirrubina total sérica (BTS) y la fototerapia antes y después de la implementación del cribado universal y los factores de riesgo para los niveles altos de BTS.

Resultados. Nacieron un total de 38.182 niños (10,6%) en centros que habían implementado el cribado universal de bilirrubina. Comparados con los niños nacidos en centros que no realizaban el cribado, estos niños tuvieron un 62% menos de incidencia de que los niveles de BTS excedieran los niveles determinados por las guías de la American Academy of Pediatrics (0,17% vs. 0,45%; $P < 0,001$), recibieron el doble de fototerapia en el hospital (9,1% vs. 4,2%; $P < 0,001$), y tuvieron una hospitalización al nacer ligeramente más prolongada (50,9 vs. 48,7 h; $P < 0,001$). De los que recibieron fototerapia, el 56% después de iniciar el cribado universal presentaron unos niveles de BTS a partir de los cuales la fototerapia estaba recomendada por las guías clínicas, comparado con el 70% antes del cribado. El odds ratio ajustado para desarrollar niveles de BTS que excedieran los valores de las guías clínicas fue de 0,28 (intervalo de confianza de 95%: 0,20-0,40) para los nacidos en centros que utilizaban cribado de BTS y de 0,28 (intervalo de confianza de 95%: 0,19-0,42) para los nacidos en centros que utilizaban cribado de bilirrubina transcutánea.

Conclusiones. El cribado universal de bilirrubina se asoció con una incidencia significativamente menor de hiperbilirrubinemia grave pero también con un incremento del uso de la fototerapia.

Tratamiento familiar de la obesidad pediátrica grave: estudio clínico controlado, aleatorizado

Melissa A. Kalarchian, PhD, Michele D. Levine, PhD, Silva A. Arslanian, MD, Linda J. Ewing, PhD, RN, Patricia R. Houck, MS,

Yu Cheng, PhD, Rebecca M. Ringham, PhD, Carrie A. Sheets, MS, y Marsha D. Marcus, PhD

Objetivo. Evaluamos la eficacia del control del peso conductual familiar en el manejo de la obesidad pediátrica grave.

Métodos. Los participantes fueron 192 niños de 8 a 12 años de edad (media \pm DE: $10,2 \pm 1,2$ años). El percentil promedio de IMC por edad y género fue de 99,18 (DE: 0,72). Se asignó aleatoriamente a las familias a intervención o a cuidados habituales. Se realizaron las valoraciones en el momento basal, a los 6 meses, 12 meses y 18 meses. El resultado principal fue el porcentaje de sobrepeso (porcentaje sobre el IMC medio por edad y género). También se evaluaron los cambios en la presión sanguínea, composición corporal, perímetro de cintura y calidad de vida relacionada con la salud. Finalmente examinamos los factores asociados con los cambios en el porcentaje de sobrepeso del niño, particularmente la asistencia a las sesiones.

Resultados. La intervención se asoció con descensos significativos en el porcentaje de sobrepeso del niño, en comparación con los cuidados habituales, a los 6 meses. El análisis por intención de tratar mostró que la intervención se asoció con un 7,58% de descenso en el porcentaje de sobrepeso del niño a los 6 meses comparado con el 0,66% de descenso con los cuidados habituales pero las diferencias no fueron significativas a los 12 o 18 meses. Se observaron mejorías poco significativas en los resultados médicos a los 6 y 12 meses. Los niños que acudieron a $\geq 75\%$ de las sesiones de intervención mantenidas disminuyeron en porcentaje de sobrepeso a lo largo de los 18 meses. Un bajo porcentaje de sobrepeso basal, mejor asistencia, altos ingresos y mayor disminución del IMC de los padres se asoció con reducciones significativamente mayores en el porcentaje de sobrepeso del niño a los 6 meses entre los participantes en la intervención.

Conclusiones. La intervención se asoció con disminuciones significativas a corto plazo en la obesidad y mejorías en los parámetros médicos y proporcionó beneficios de cambio de peso a largo plazo para los niños que acudieron a $\geq 75\%$ de las sesiones.

El acceso primario a los vehículos aumenta el comportamiento de conducción de riesgo y accidentes de adolescentes: perspectiva nacional

J. Felipe García-España, PhD, Kenneth R. Ginsburg, MD, MSED, Dennis R. Durbin, MD, MSCE, Michael R. Elliott, PhD, y Flaura K. Winston, MD, PhD

Objetivo. El objetivo fue explorar el acceso a los vehículos de los adolescentes conductores y su asociación con los comportamientos de conducción de riesgo y accidentes.

Métodos. Una encuesta escolar representativa a nivel nacional de 2.167 graduados en 9.^o, 10.^o y 11.^o examinó los patrones del acceso a vehículos (acceso primario [ej. el adolescente es el conductor principal del vehículo] frente a acceso compartido) y los asoció con la exposición a conducir, los comportamientos de conducción de riesgo y los factores sociodemográficos.

Resultados. El 70% de los conductores indicaron tener acceso primario a los vehículos. Tuvieron más pro-

babilidad de ser blancos, estar en el grado 11.^o, acudir a escuelas con altos niveles socioeconómicos, tener en su mayor parte grados A/B, tener trabajo, conducir una camioneta y conducir más horas por semana pero no tuvieron más o menos probabilidad de consumir alcohol o llevar el cinturón de seguridad mientras conducían. Comparado con los conductores con acceso compartido, los conductores con acceso primario comunicaron más del doble de riesgo de accidente (índice de riesgo [IR]: 2,05 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,41-2,99]) y mayor probabilidad de utilizar el teléfono móvil mientras conducían (IR: 1,21 [IC 95%: 1,12-1,35]) y conducir ≥ 10 mph por encima del límite de velocidad (IR: 1,24 [IC 95%: 1,11-1,40]).

Conclusiones. El acceso primario de los conductores novedosos adolescentes a los vehículos tiene una alta prevalencia en Estados Unidos. Esta práctica es una norma peligrosa, porque el acceso primario se asocia con conductas de conducción de riesgo. Los médicos y las escuelas deben considerar aconsejar a los padres que no proporcionen acceso primario a los vehículos a los conductores novedosos adolescentes. En las comunidades en las que los adolescentes requieren acceso primario (ej., debido a las limitadas opciones de transporte público) deben realizarse más esfuerzos para promover los comportamientos seguros.

Implementación de y barreras al cribado rutinario de VIH para adolescentes

Timothy D. Minniece, MD, Barry Gilmore, MD, Sandra R. Arnold, MD, Patricia M. Flynn, MD, Katherine M. Knapp, MD, y Aditya H. Gaur, MD

Objetivos. Desarrollamos e implementamos un proceso para el cribado rutinario de VIH y comunicamos las prácticas de cribado y la aceptación entre adolescentes en un gran servicio de urgencias (SU) pediátrico urbano.

Métodos. Entrevistamos a profesionales de la salud sobre su conocimiento y creencias sobre el VIH y generamos un protocolo para el cribado rutinario de VIH. Se ofreció un cribado de VIH libre, rutinario, con opción a no hacerlo para todos los adolescentes (13-18 años de edad) que acudieron al SU. Estudiamos los índices de cribado de VIH del SU, índices del test de aceptación entre los padres/cuidadores, motivos de los pacientes para decir que no, y prevalencia del VIH. Se introdujo un apunte computerizado en las historias electrónicas 5 meses después del inicio, para valorar los bajos índices de cribado.

Resultados. De los 118 médicos que respondieron a la encuesta preimplementación, el 78% no tenían conocimiento de las guías clínicas de examen del VIH y el 58% predijeron que el cribado rutinario fallaría por el rechazo de los padres o cuidadores. De los 5.399 pacientes capacitados para el cribado rutinario, el 37% (2002) se les ofreció poder decir que no al cribado. De éstos, el 13% optó por rechazarlo. Los pacientes a los que se les ofreció el cribado tuvieron más posibilidad que los pacientes a los que no se les ofreció de ser mayores (≥ 15 años; $P = 0,002$), mujeres ($P = 0,003$) y no blancos ($P = 0,006$). Fue menos probable que los pacientes mayores (≥ 15 años de edad) a los que se les propuso el cribado lo rechazaran ($P = 0,002$). La recomendación computerizada mejoró los índices de cribado. Uno de los

1.735 test (0,57 por 1.000 test) realizados mostró resultados positivos para el VIH.

Conclusión. Los adolescentes y sus cuidadores aceptan el cribado rutinario y opcional del VIH, independientemente del género o raza, y los recordatorios computarizados mejoran el cribado.

Predictores de resultados al inicio de la edad adulta en el trastorno obsesivo-compulsivo de inicio pediátrico

Michael H. Bloch, MD, MS, Brittany G. Craiglow, BA, Angeli Landeros-Weisenberger, MD, Philip A. Dombrowski, BA, Kaitlyn E. Panza, BA, Bradley S. Peterson, MD, y James F. Leckman, MD

Objetivo. El objetivo de este estudio fue determinar los predictores clínicos en la infancia de los resultados al inicio de la edad adulta en el trastorno obsesivo-compulsivo de inicio pediátrico (TOC) y valorar si las dimensiones de los subtipos de TOC y la presencia de síntomas tipo tic concomitantes influyen en los resultados a largo plazo.

Métodos. Realizamos un estudio de cohortes longitudinal en el cual 45 de los 62 niños elegibles con TOC fueron reevaluados en una media de 9 años después, al inicio de la edad adulta. Las medidas de resultados principales incluyeron gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos (OC) valorados por experto y el tiempo para la remisión de los síntomas OC. Se evaluaron las características clínicas basales en términos de su influencia en la gravedad de los OC en la edad adulta y el momento de remisión de los síntomas OC.

Resultados. Se determinó que el 44% de los sujetos tenían síntomas subclínicos de OC en la evaluación del seguimiento. La ausencia de trastornos de tic concomitantes y la presencia de síntomas destacados de acaparamiento se asociaron con la persistencia de los síntomas de TOC. El género femenino, la valoración a edad temprana, y los trastornos de oposición desafiantes concomitantes también se asociaron con la persistencia de los síntomas de TOC en la edad adulta.

Conclusiones. Estos resultados confirman que una significativa proporción de niños con TOC tratados experimentan remisión en la edad adulta. La presencia de tics concomitantes predice resultados positivos, mientras que los síntomas primarios de acaparamiento están asociados con TOC persistente.

Connected Kids at Head Start: realizar prevención de la violencia basada en la consulta en la comunidad

John D. Cowden, MD, Shayna Smith, MD, Sarah Pyle, PhD, y M. Denise Dowd, MD, MPH

Objetivo. El objetivo fue valorar la aceptabilidad y la idoneidad de utilizar el programa de prevención de la violencia Connected Kids: Safe, Strong, Secure, at Head Start centers.

Métodos. Se realizaron 8 reuniones de grupo de 90 min (4 grupos de padres y 4 grupos de mediadores familiares) en 2 centros Head Start. Cada discusión fue grabada en

audio, transcrita y analizada para los temas importantes.

Resultados. Un total de 63 adultos (38 mediadores familiares [92% mujeres] y 25 padres [100% mujeres]) participaron en los 8 grupos. Los mediadores familiares y los padres coincidieron en que el Head Start fue una fuente importante de consejo a los padres y de referencia a los recursos comunitarios. Los temas del Connected Kids fueron bien recibidos, aunque se identificó resistencia potencial de los padres a la seguridad de las pistolas y materiales de disciplina. La naturaleza positiva de los consejos fue importante para ambos tipos de grupos. En general los folletos fueron bien recibidos, pero todos los grupos pensaron que deberían estar ligados directamente a la información de los recursos comunitarios y ofrecerse como parte de la educación a medida. Se sugirieron varias sedes para la utilización del programa, y se solicitaron formatos con múltiples medios. Aunque el Head Start atiende a niños en edad preescolar, los padres y los mediadores familiares valoraron el acceso al rango completo de materiales de Connected Kids (para edades de 0-18 años). Los mediadores familiares enfatizaron que los materiales suplementarios de la información de base y los métodos de entrega pueden ser esenciales para la implementación efectiva del Connected Kids at Head Start.

Conclusiones. Los mediadores familiares y los padres del Head Start encontraron deseable el programa Connected Kids. Aunque las modificaciones pueden mejorar su utilidad, el programa parece aceptable y apropiado para el ambiente de Head Start.

Impacto de la presencia familiar durante las visitas a cuidados intensivos pediátricos sobre la familia y el equipo médico

Paul L. Aronson, MD, Jennifer Yau, MBS, Mark A. Helfaer, MD, y Wynne Morrison, MD

Objetivos. Nuestros objetivos fueron determinar el impacto de la presencia de la familia durante las visitas de la UCIP sobre la satisfacción de las familias, la enseñanza de los residentes y la duración de las visitas y valorar los factores asociados con la satisfacción familiar.

Métodos. Éste fue un estudio observacional de una muestra adecuada de visitas de trabajo matinal en las UCIP, seguido por una encuesta a los familiares de los pacientes de la unidad y los residentes que habían estado presentes en las visitas.

Resultados. Se observaron un total de 411 encuentros con pacientes, 98 cuestionarios familiares se completaron totalmente y se completaron 33 cuestionarios de residentes. Al 98% de los familiares le gustó estar presentes en las visitas. El primer día del ingreso, los familiares tuvieron menos probabilidad de entender el plan ($P = 0,03$), a sentirse cómodos preguntando ($P = 0,007$) o a querer malas noticias durante las visitas ($P = 0,009$). Tuvieron más probabilidad de tener preocupaciones de privacidad ($P = 0,02$) y querer 1 habitación individual para conocer el plan después de las visitas ($P = 0,01$). Los altos niveles educacionales estuvieron asociados con disminución de las preocupaciones de privacidad ($P = 0,002$) pero no afectaron a la comprensión del plan. El 52% de los residentes percibió que la enseñanza estaba disminuida con la presencia de las familias. El tiempo empleado con los pacientes individuales no aumentó por la presencia de los familiares ($P = 0,12$).

Conclusiones. La satisfacción familiar es alta, pero las familias de los pacientes en el primer día del ingreso necesitan atenciones especiales. El equipo médico debe efectuar las visitas de forma que solucione los problemas de privacidad de las familias. Los residentes a menudo creen que la enseñanza está disminuida cuando las familias están presentes.

Investigación durante la residencia pediátrica: resultados del bloque de rotación del residente senior

Robert J. Vinci, MD, Howard Bauchner, MD, Jonathan Finkelstein, MD, PK. Newby, ScD, MPH, Sharon Muret-Wagstaff, PhD, y Frederick H. Lovejoy Jr, MD

Antecedentes. El Pediatric Residency Review Comité obliga a los programas a proporcionar un plan de estudios que promueva el conocimiento de los residentes sobre los principios básicos de investigación. En julio de 2002, el Boston Combined Residency Program incorporó un bloque de rotación de desarrollo de carrera (BDC) de 3 meses. Durante la rotación, los residentes realizan un proyecto académico o clínico bajo la supervisión de un miembro de la facultad.

Objetivo. Nuestro objetivo para este estudio fue evaluar el resultado de la rotación BDC desde que fue implementado.

Métodos. Se administró una encuesta a 165 residentes que completaron la rotación BDC.

Resultados. De los 165 residentes, 136 (82%) respondieron a la encuesta. De los 122 residentes que comunicaron el tipo de proyecto realizado, 59 (48%) completaron un proyecto de servicios sanitarios/clínicos, 24 (20%) completaron un proyecto en desarrollo del plan de estudios o enseñanza, y 7 (6%) trabajaron en investigación básica. Treinta y cinco (27%) residentes recibieron becas para apoyar su trabajo. Treinta y cinco (26%) residentes lo presentaron en congresos nacionales como el Pediatric Academic Societies Meeting. A 15 (11%) residentes les habían aceptado los originales para publicación, y 22 (16%) residentes más habían enviado originales para publicación. Los factores asociados con el éxito de la publicación incluyeron haber recibido becas (odds ratio: 3,37 [intervalo de confianza (IC) de 95%: 1,34-8,42]) y la naturaleza del proyecto de investigación (odds ratio: 3,55 [intervalo de confianza de 95%: 1,40-9,04]). La mayoría de los residentes (84%) constató que la rotación BDC mejoró la enseñanza de residencia.

Conclusiones. Una rotación académica dedicada que incluye tiempo protegido, supervisión de un miembro de la facultad y programa financiado puede conducir a realizaciones de investigación productiva por los residentes de pediatría. El apoyo al trabajo académico durante la residencia puede fomentar el compromiso en una variedad de actividades orientadas académicamente.

Creencias y barreras al seguimiento después de una visita a urgencias por asma: estudio aleatorizado

Joseph J. Zorc, MD, MSCE, Amber Chew, BA, Julian L. Allen, MD, y Kathy Shaw, MD, MSCE

Antecedentes. Los estudios en los servicios de urgencias (SU) urbanos han encontrado una mala calidad de los cuidados del asma crónico e identificado las creencias y las barreras asociadas con estos bajos índices de seguimiento con el médico de atención primaria (MAP).

Objetivos. Desarrollar una intervención basada en SU incluyendo la exploración de los síntomas del asma, un video hablando de las creencias y un recordatorio por carta, y medir los efectos del seguimiento del MAP y los resultados relacionados con el asma.

Métodos. Este estudio clínico aleatorizado, controlado, incluyó niños de 1 a 18 años de edad que fueron dados de alta después del tratamiento del asma en un SU pediátrico urbano. Los sujetos control recibieron instrucciones de seguimiento con un MAP a los 3 a 5 días. Además, los sujetos del grupo de intervención (1) recibieron una carta para entregar a su MAP si el examen fue positivo para síntomas de asma persistente, (2) vieron un video que representaba a familias y médicos comentando la importancia del control del asma, y (3) recibieron una carta recordatoria del seguimiento con el MAP. Todos los sujetos fueron contactados por teléfono 1, 3 y 6 meses después de la visita al SU, y el seguimiento se confirmó por la revisión de los registros del MAP. La calidad de vida relacionada con el asma (CdVRA), los síntomas y las creencias sobre los cuidados del asma se valoraron utilizando encuestas validadas.

Resultados. Un total de 433 sujetos fueron asignados aleatoriamente, y las medidas basales fueron similares entre los grupos del estudio. Después de la intervención y antes del alta del SU, los sujetos del grupo de intervención tuvieron más probabilidad de suscribir creencias sobre los beneficios del seguimiento que los controles. Sin embargo, los índices de seguimiento del MAP durante el mes posterior a la visita al SU (44,5%) fueron similares a los sujetos control (43,8%), así como la CdVRA, el uso de medicación y las visitas a SU.

Conclusión. La intervención basada en SU influyó en las creencias pero no aumentó el seguimiento del MAP o los resultados relacionados con el asma.

Ética y profesionalidad en el plan de estudios pediátricos: encuesta a los directores de programas pediátricos

Colleen Walsh Lang, BA, BA, Peter J. Smith, MD, MA, y Lainie Friedman Ross, MD, PhD

Objetivo. Desde 1982, se ha solicitado a los programas de residencia pediátricos evaluar los comportamientos éticos de los formadores. En 2007, el Accreditation Council for Graduate Medical Education solicitó documentar la enseñanza y evaluación de la profesionalidad. Se encuestó a los directores del programa de residencia pediátrica para averiguar qué sabían ellos sobre el contenido y el proceso ético y profesional de sus programas.

Métodos. Desde febrero a mayo de 2008, se entrevistó a 394 directores de la Association of Pediatric Program Directors.

Resultados. De los 386 respondedores a la encuesta elegibles, 233 (60%) devolvieron las encuestas total o parcialmente completadas. Los programas fueron divididos equitativamente acerca de si la ética fue enseñada

como programa organizado o integrado. El profesionalismo se combinó con el programa ético en el 27% de los programas y se enseñó independientemente en el 38% de los programas, pero el 35% no tenían un plan de profesionalismo. Más de un tercio de los que respondieron no contestaron las preguntas de contenido y estructura. Aproximadamente dos tercios de los que respondieron constataron que sus programas dedicaban < 10 h al año a la ética y profesionalidad, respectivamente. Casi tres cuartos de los programas identificaron un amontonamiento de los planes de estudios y un tercio identificaron falta de experiencia facultativa como restricciones de sus programas. Los respondedores expresaron interés en más materiales de estudios de la American Board of Pediatrics o de la Association of Pediatric Program Directors.

Conclusiones. A pesar de los requerimientos para formar y evaluar a los residentes en ética y profesionalidad, existe una falta de programa de estudios estructurado, experiencia facultativa y metodología evaluadora. La efectividad de los programas de formación y de las herramientas de evaluación deben ser evaluadas si se han de cumplir realmente los requisitos para las competencias del Accreditation Council for Graduate Medical Education en estas áreas.

Un análisis de la asociación entre la adaptación cultural de los padres y el uso de la medicación del niño

Byron Alexander Foster, MPH, Debra Read, MPH, y Christina Bethell, PhD, MPH, MBA

Objetivos. Examinamos cómo los niños hispanos, con estratificación según el lenguaje para aproximarse a la adaptación cultural, difieren respecto a las características sociodemográficas y el uso de medicación. También examinamos cómo se asociaron distintos factores con el uso de distintas clases de medicación prescrita.

Métodos. Utilizamos datos del Medical Expenditure Panel Survey de 2004 ligado al National Health Interview Survey. Las variables independientes se agruparon como características predisponentes, factores posibilitadores, necesidades percibidas y necesidades evaluadas. Se utilizó la regresión logística multivariable para valorar el impacto de las variables independientes en los resultados del uso de medicación global y de tipos específicos.

Resultados. Los niños hispánicos entrevistados en español tuvieron menos probabilidad de tener una fuente habitual de cuidados sanitarios que los hispanos entrevistados en inglés. Ambos grupos tuvieron menor probabilidad de utilizar cualquier medicación de prescripción, comparado con los niños blancos, lo cual se explicó principalmente por tener una fuente habitual de servicios sanitarios. El bajo uso de medicación psiquiátrica en el grupo entrevistado en español no se explicó por las variables independientes, mientras que la diferencia en el uso de antibióticos sí lo hizo.

Conclusión. Existen diferencias entre los niños hispanos según su adaptación cultural y la adaptación cultural afecta el uso de medicación de prescripción. Estos hallazgos pueden utilizarse para dirigir de forma más específica las necesidades de los niños hispanos, principalmente las necesidades de salud mental.

ARTICULO DE REVISIÓN

Revisión sistemática del cribado de la encefalopatía por bilirrubina en neonatos

Thomas A. Trikalinos, MD, Mei Chung, MPH, Joseph Lau, MD, y Stanley Ip, MD

Contexto. La hiperbilirrubinemia neonatal grave está asociada con encefalopatía por bilirrubina crónica (keratícter).

Objetivo. Revisar sistemáticamente la eficacia de las modalidades de cribado específico para prevenir la encefalopatía neonatal por bilirrubina.

Métodos. Identificamos estudios a través de búsquedas por Medline, revisando las listas de referencias y consultando con los expertos de US Preventive Services Task Force. Incluimos publicaciones en lengua inglesa evaluando los efectos del cribado de la encefalopatía por bilirrubina utilizando las mediciones de bilirrubina sérica total precoz (BST), bilirrubina transcutánea (BTc) o puntuaciones de riesgo. La hiperbilirrubinemia grave se utilizó como sustituta para la posible encefalopatía por bilirrubina crónica, porque no hay estudios que evalúan directamente esta última como medida. Calculamos la sensibilidad y especificidad de las mediciones de la BST precoz, BTc, o puntuaciones de riesgo en la detección de la hiperbilirrubinemia.

Resultados. Fueron elegibles 10 publicaciones (11 estudios). Siete estudios (2 prospectivos) evaluaron la capacidad de los factores de riesgo ($n = 3$), BST precoz ($n = 3$), BTc ($n = 2$) o la combinación de los factores de riesgo y la BTS precoz ($n = 1$) para predecir la hiperbilirrubinemia (típicamente BST > percentil 95 específico por hora de 24 h a 30 días posparto). El cribado tuvo buena capacidad para detectar hiperbilirrubinemia; los valores del área bajo la curva comunicados estaban entre 0,69 y 0,84, y la sensibilidad y especificidad comunicadas sugieren una capacidad diagnóstica similar. La evidencia indirecta de 3 estudios descriptivos no controlados sugiere asociaciones favorables entre el inicio del cribado y el descenso en los índices de hiperbilirrubinemia, e índices de tratamiento o readmisión para la hiperbilirrubinemia comparados con el momento basal o con no cribado. Ningún estudio valoró los daños del cribado.

Conclusiones. Los efectos del cribado en los índices de encefalopatía por bilirrubina se desconocen. Aunque el cribado puede predecir la hiperbilirrubinemia, no existe una fuerte evidencia que sugiera que el cribado está asociado con resultados clínicos favorables.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Declaración de política: recomendaciones para la prevención y tratamiento de la gripe en niños en 2009-2010

Committee on Infectious Diseases

El objetivo de esta declaración es actualizar las recomendaciones actuales para el uso rutinario de vacuna de

la gripe estacional trivalente y las medicaciones antivirales para la prevención y tratamiento de la gripe en niños.

Comunicación clínica: la visita prenatal

George J. Cohen, MD, y the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health

Como protectores de los niños y sus familias, los pediatras deben apoyar y guiar a los padres que esperan en el período prenatal. Las visitas prenatales permiten al pediatra obtener información básica de los padres que esperan, ofrecerles información y consejo, e identificar las enfermedades de alto riesgo que puedan precisar de atención especial. Además, la visita prenatal es el primer paso en el establecimiento de la relación entre la familia y el pediatra (el médico de cabecera del niño) y en ayudar a los padres a desarrollar las habilidades y la confianza como padres. Existen muchos formatos posibles para esta primera visita. La que se utilice dependerá de la experiencia y las preferencias de los padres, el estilo de la práctica del pediatra y los temas pragmáticos del reembolso.

Declaración política conjunta: guías clínicas para el cuidado de los niños en el servicio de urgencias

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee, Emergency Nurses Association y Pediatric Committee

Los niños que precisan de cuidados de urgencias tienen necesidades únicas, especialmente cuando las urgencias son graves o amenazan la vida. La mayoría de los niños enfermos y heridos han llegado al servicio de urgencias del hospital comunitario (SU) en función de su ubicación respecto a los centros. Igualmente, las agencias de servicios médicos de urgencias (SMU) proporcionan la mayor parte de los cuidados de urgencias extrahospitalarios a los niños. Por lo tanto, es imperativo que todos los SU de los hospitales tengan los recursos apropiados (medicación, equipamientos, políticas y educación) y miembros para proporcionar cuidados de urgencias efectivos para los niños. Esta declaración subraya los recursos necesarios para asegurar que los SU del hospital están preparados para cuidar a los niños de todas las edades, desde los neonatos a los adolescentes. Estas guías están en concordancia con las recomendaciones del informe del Institute of Medicine sobre el futuro de los cuidados de urgencias en el sistema sanitario de Estados Unidos. Aunque los recursos dentro de los sistemas de cuidados de traumatismo y de urgencias varían local, regional y nacionalmente, es esencial que el equipo y administradores del SU del hospital y los administradores de los sistemas de SMU y directores médicos busquen alcanzar o superar estas guías en un esfuerzo por optimizar los cuidados de urgencias de los niños a los que sirven. Esta declaración ha sido apoyada por la Academic Pediatric Association, American Academy of Family Physicians, American Academy of Physician Assistants, American College of Osteopathic Emergency Physicians, American College of Surgeons,

American Heart Association, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Brain Injury Association of America, Child Health Corporation of America, Children's National Medical Center, Family Voices, National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, National Association of EMS Physicians, National Association of Emergency Medical Technicians, National Association of State EMS Officials, National Committee for Quality Assurance, National PTA, Safe Kids USA, Society of Trauma Nurses, Society for Academic Emergency Medicine, y The Joint Commission.

Declaración política: guías para la administración de medicación en la escuela

Council on School Health

Muchos niños que toman medicación la necesitan durante la jornada escolar. Esta declaración política se ha diseñado para guiar a los médicos que prescriben, médicos escolares, y consejeros sanitarios en la administración de medicación a los niños en las escuelas. Todos los distritos y escuelas necesitan tener políticas y planes locales para la administración escolar segura, efectiva y eficiente de medicación. Tener una enfermera titulada a tiempo completo administrando todas las medicaciones rutinarias y de urgencias en las escuelas es la mejor situación. Cuando no está disponible una enfermera titulada, una enfermera en prácticas puede administrar medicación. Cuando la enfermera no puede administrar la medicación en la escuela, la American Academy of Pediatrics apoya la delegación apropiada del servicio de enfermería en el centro escolar. La delegación es una herramienta que puede utilizarse por la enfermera licenciada escolar para permitir a personal asistente no licenciado a proporcionar servicios sanitarios rutinarios estándar bajo la supervisión de la enfermera y en base a guías médicas y la valoración de la enfermera escolar de las necesidades únicas de los niños individuales y de la idoneidad de la delegación de tareas específicas de enfermería. Cualquier delegación de las tareas de enfermería debe estar en concordancia con las necesidades de los actos de la práctica de enfermería, leyes estatales y guías proporcionadas por las organizaciones profesionales de enfermería. En esta declaración se comentarán las medicaciones a largo plazo, de urgencia y a corto plazo, fármacos sin receta, medicamentos alternativos, y fármacos experimentales que sean administrados como parte de un estudio clínico. Esta declaración ha sido apoyada por la American School Health Association.

Informe clínico: valoración auditiva en bebés y niños: recomendaciones más allá del cribado neonatal

Allen D. "Buz" Harlor, Jr, MD, Charles Bower, MD, el Committee on Practice and Ambulatory Medicine, y la Section on Otolaryngology-Head and Neck Surgery

La pérdida auditiva congénita o adquirida en bebés y niños se ha ligado a déficits durante la vida en la adquisición del habla y lenguaje, malos resultados académicos,

inadaptación social-personal, y dificultades emocionales. La identificación de la pérdida auditiva a través del cribado auditivo neonatal, la vigilancia regular de los hitos de desarrollo, las capacidades auditivas, las preocupaciones de los padres, y el estado del oído medio y cribado auditivo objetivo para todos los bebés y los niños en los estadios críticos del desarrollo pueden prevenir o disminuir muchas de las consecuencias adversas. Este informe propone un proceso explícito, proactivo e integral para la identificación precoz de los niños con pérdida auditiva en la visita médica. Se ha desarrollado un algoritmo del enfoque recomendado para ayudar en la detección y documentación de, y la intervención para la pérdida auditiva.

Declaración de aprobación: tratamiento expedido para la pareja para los adolescentes diagnosticados de clamidía o gonorrea

En marzo de 2009, la American Academy of Pediatrics aprobó la siguiente publicación: Sociedad para la medicina adolescente. Tratamiento expedido para la pareja para los adolescentes diagnosticados de clamidía o gonorrea. *J Adolesc Health*. 2009;45(3): En prensa. Disponible en: www.adolescenthealth.org/PositionPaper_Expedited_Partner_Therapy_for_Adolescents_Diagnosed_with_Chlamydia_or_Gonorrhea.pdf