

Visitas adicionales necesarias para administrar la vacuna antipapilomavirus humano a los sujetos adolescentes en el contexto del hogar médico: estudio a escala nacional

Cynthia M. Rand, MD, MPH, Peter G. Szilagyi, MD, MPH, Christina Albertin, MPH, y Peggy Auinger, MS

Resultados. En un período de 12 meses, el 72% de las muchachas adolescentes necesitaría 3 visitas para la vacunación anti-papilomavirus humano si se inició en una visita preventiva; el 9% y el 16% necesitaría 1 y 2 visitas más, respectivamente. De modo similar, el 79% de los varones necesitaría 3 visitas; el 7 y el 12% necesitaría 1 y 2 visitas más, respectivamente. Si se aprovecharan todas las oportunidades para vacunar, el 41% de las muchachas y el 52% de los varones necesitarían 3 visitas adicionales en un período de 12 meses. Al aumentar el plazo vacunal a 24 meses y con vacunación en todas las visitas posibles, el 23% de las muchachas y el 37% de los varones necesitarían 3 visitas adicionales. Los factores que predijeron un número mayor de visitas (2 o 3 frente a 0 o 1 en 24 meses) fueron: mayor edad, raza negra o hispana, falta de seguro médico y situación en el umbral de la pobreza.

Conclusiones. La mayoría de los sujetos adolescentes requeriría 2 o 3 visitas adicionales de asistencia primaria para recibir 3 dosis de la vacuna anti-papilomavirus humano en el hogar médico. Las estrategias para minimizar las visitas adicionales son: vacunar a los pacientes en todas las visitas de asistencia primaria y recomendar más visitas preventivas anuales.

Gripe infantil: número necesario de vacunaciones para evitar 1 hospitalización o 1 visita ambulatoria

Elizabeth N. Lewis, MD, Marie R. Griffin, MD, MPH, Peter G. Szilagyi, MD, MPH, Yuwei Zhu, MD, MS, Kathryn M. Edwards, MD, y Katherine A. Poehling, MD, MPH

Resultados. Al aumentar la eficacia de la vacuna y la intensidad de la temporada gripal, disminuyó el número de niños que era necesario vacunar para evitar 1 hospitalización o 1 visita ambulatoria. Con una eficacia de la vacuna del 50%, el número de vacunaciones necesarias para evitar 1 hospitalización en 1 año osciló entre 1.031 y 3.050 en los niños de 6 a 23 meses, y entre 4.255 y 6.897 en los niños de 24 a 59 meses. Por cada 12 a 42 niños de 6 a 59 meses vacunados en 1 año se estimó

que, con una eficacia vacunal del 50%, se evitaría 1 visita ambulatoria atribuible a la gripe.

Conclusiones. Al evitar 1 visita ambulatoria mediante la vacunación de < 50 niños, la vacunación antigripal puede reducir significativamente las visitas médicas infantiles atribuibles a la gripe, incluso en años con una eficacia regular de la vacuna.

Vigilancia de la invaginación infantil durante 3 años en Suiza

Michael Buettcher, MD, Gurli Baer, MD, Jan Bonhoeffer, MD, Urs B. Schaad, MD, y Ulrich Heininger, MD

Resultados. Hubo 294 pacientes con invaginación; se excluyó a 35 por diversos motivos, y otros 29 pacientes se identificaron a través de los códigos de la International Classification of Diseases, 10th Revision. Después del análisis de captura-recaptura, se estimó que el porcentaje de falta de declaración de los casos a la Swiss Pediatric Surveillance Unit era del 32% y se calculó un número real de 381 episodios de invaginación. El nivel más elevado de certeza diagnóstica se alcanzó en 248 pacientes, y 20 reunieron los criterios del nivel 2; en los 20 pacientes restantes, la información disponible no era suficiente. La edad media de los pacientes era de 2,7 años. La incidencia media anual de la invaginación en el primer, segundo y tercer año de vida fue de 38, 31 y 26 casos por 100.000 nacidos vivos, respectivamente, sin distribución estacional aparente. Setenta pacientes presentaban una historia de gastroenteritis coincidente, y en 5 de 61 se obtuvieron resultados positivos para rotavirus. Se observó la desinvaginación espontánea en 38 pacientes; se redujo la invaginación con éxito mediante enemas en 183 casos, y 67 pacientes requirieron la intervención quirúrgica. Todos los pacientes se recuperaron sin secuelas.

Conclusiones. Se trata del primer estudio prospectivo de vigilancia de la invaginación infantil a escala nacional, mediante una definición estandarizada de los casos. La mayoría de los casos ocurrieron en lactantes y la asociación con gastroenteritis por rotavirus fue rara.

Mejoría de los servicios preventivos neonatales en la hospitalización posparto: proyecto para mejorar la calidad en colaboración hospitalaria

Charles E. Mercier, MD, Sara E. Barry, MPH, Kimberley Paul, BSN, Thomas V. Delaney, PhD, Jeffrey D. Horbar, MD, Richard C. Wasserman, MD, MPH, Patricia Berry, MPH, y Judith S. Shaw, RN, MPH

Resultados. Las tasas documentadas de valoración mejoraron con respecto a la capacidad para la lactancia materna (el 49 frente al 81%), el riesgo de hiperbilirrubinemia (el 14 frente al 23%), la posición del niño para dormir (el 13 frente al 56%) y el asiento de seguridad en

el automóvil (el 42 frente al 71%). Las tasas documentadas de consejos mejoraron para la exposición al humo del tabaco (el 23 frente al 53%) y el asiento de seguridad en el automóvil (el 38 frente al 75%). También mejoró la realización de las pruebas de cribado auditivo (el 74 frente al 97%). No se observaron cambios significativos en la realización de la vacunación anti-hepatitis B (el 45,3 frente al 29,7%) o de las pruebas metabólicas (el 98 frente al 98%), en la valoración de la exposición al humo del tabaco (el 53 frente al 67%), los consejos sobre la posición para dormir (el 46 frente al 68%), la exposición a la violencia doméstica (el 27 frente al 36%) o la planificación para las visitas ambulatorias de control (el 80 frente al 71%). Después de la intervención se observó en todos los hospitales una mejoría $\geq 20\%$ en ≥ 1 servicio preventivo neonatal.

Conclusiones. Un proyecto hospitalario en el ámbito estatal para mejorar la calidad, dirigido al personal hospitalario y a los médicos extrahospitalarios, fue documentadamente eficaz para mejorar los servicios preventivos neonatales durante la hospitalización posparto.

La práctica sistemática de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo reduce la hospitalización y el uso de antibióticos en los lactantes ≤ 90 días de vida

Rebecca L. King, MD, Scott A. Lorch, MD, MSCE, Daniela M. Cohen, BS, Richard L. Hodinka, PhD, Keri A. Cohn, MD, y Samir S. Shah, MD, MSCE

Resultados. Los resultados de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo fueron positivos en 154 pacientes (34,8%). La duración media de la estancia fue de 3,65 días. La mediana del tiempo de procesamiento de la reacción en cadena de la polimerasa fue de 23 horas. En los análisis con variables múltiples, el resultado positivo de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo se asoció con una reducción de 1,54 días en la duración de la estancia y un descenso del 33,7% en la duración del uso de antibióticos. Al dividir a los pacientes según hubiera o no pleocitosis, ambos grupos presentaron una reducción significativa en la duración de la estancia en los pacientes con resultados positivos de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo (1,32 frente a 1,38 días, respectivamente). Además, al aumentar en 24 horas el tiempo de procesamiento de la prueba se incrementó un 13,6% la duración de la estancia en los pacientes con resultados positivos de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo.

Conclusiones. La positividad de la reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus en el líquido cefalorraquídeo disminuye la duración de la estancia hospitalaria y la duración del uso de antibióticos en los lactantes de más corta edad. Estos resultados apoyan el uso sistemático de dicha prueba durante los períodos de máxima incidencia de los enterovirus.

Lactancia materna y tabaquismo: efectos a corto plazo sobre la alimentación y el sueño del lactante

Julie A. Mennella, PhD, Lauren M. Yourshaw, BA, y Lindsay K. Morgan

Resultados. Aunque no hubo diferencias significativas en la ingesta de leche materna a pesar del cambio de sabor, los niños pasaron un tiempo significativamente menor (53,4 min) durmiendo en las horas inmediatamente siguientes al consumo materno de tabaco, en comparación con las sesiones en que la madre se abstuvo de fumar (84,5 min). Esta disminución se atribuyó al acortamiento de la tanda más larga de sueño y también al menor tiempo transcurrido en el sueño activo y en el sueño tranquilo. Cuanto mayor era la dosis de nicotina que recibía el niño, tanto menor fue el tiempo transcurrido en el sueño activo.

Conclusiones. Un episodio agudo de consumo de tabaco en las madres que lactaban alteró el patrón de sueño-vigilia de los niños. Es posible que los temores de que la leche tenga sabor de tabaco y de que pueda alterarse el patrón de sueño del niño motiven a las madres lactantes a abstenerse de fumar y a dar el pecho durante más tiempo.

Características de los niños dados de alta de los hospitales de Estados Unidos en 2000 con el diagnóstico de fiebre reumática aguda

Christina Y. Miyake, MD, MS, Kimberlee Gauvreau, ScD, Lloyd Y. Tani, MD, Robert P. Sundel, MD, y Jane W. Newburger, MD, MPH

Resultados. Se estima que en 2000 ocurrieron 503 hospitalizaciones por fiebre reumática aguda en pacientes < 21 años, en una proporción de 14,8 casos por 100.000 niños hospitalizados, con una edad media de 10 años. En comparación con todos los ingresos registrados en Kids' Inpatient Database, las hospitalizaciones por fiebre reumática aguda fueron más comunes en el grupo de 6 a 11 años y en el sexo masculino. La corea reumática fue más frecuente en las niñas (61,7%). Hubo un porcentaje significativamente menor de pacientes de raza blanca; en cambio, hubo más pacientes asiáticos/islandeses del Pacífico y de otras razas. Las hospitalizaciones de pacientes por fiebre reumática aguda fueron significativamente más comunes en el nordeste del país, y menos en el sur. Las tasas más elevadas de hospitalizaciones por fiebre reumática aguda ocurrieron en Utah, Hawai, Pennsylvania y Nueva York. Ocurrió un número significativamente mayor de ingresos por fiebre reumática aguda en el mes de marzo. Fue más probable que la entidad pagadora fuera privada, y menos probable que fuera Medicaid. Las hospitalizaciones por fiebre reumática aguda fueron más probables en los hospitales docentes, en los hospitales infantiles independientes y en las unidades de pediatría de los hospitales generales y en localizaciones urbanas. La mediana de la duración de la estancia por fiebre reumática aguda fue de 3 días, y la mediana de los costes totales, de 6.349 dólares. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 0,6%.

Conclusiones. Se observó que las hospitalizaciones por fiebre reumática aguda en 2000 fueron poco fre-

cuentas y variaron según la raza, la época del año, la localización y el tipo de hospital.

Tratamiento con presión positiva continua en las vías aéreas en los lactantes con distrés respiratorio ingresados en centros no terciarios: ensayo controlado de distribución aleatoria

Adam G. Buckmaster, MBBS, FRACP, Gaston Arnolda, BSc, MPH, Ian M.R. Wright, MBBS, MRCP, FRACP, Jann P. Foster, RN, RM, MHSc, y David J. Henderson-Smart, MBBS, PhD, FRACP

Resultados. De 151 niños que recibieron la presión positiva continua en las vías aéreas, 35 se trasladaron a un centro superior o sufrieron el fracaso del tratamiento, al igual que 149 niños tratados con cabezal de oxígeno. No hubo diferencias en la duración de la estancia o del tratamiento con oxígeno. Por cada 6 niños tratados con presión positiva continua en las vías aéreas se produjo un ahorro estimado de costes de 10.000 dólares. Apareció neumotórax en 14 niños en el grupo de la presión positiva continua en las vías aéreas y 5 en el grupo del cabezal. No hubo diferencias en ningún otro parámetro de morbilidad ni en los fallecimientos.

Conclusiones. El tratamiento con presión positiva continua en las vías aéreas mediante las cánulas nasales de Hudson con burbujeo en frasco con agua reduce la necesidad de trasladar a los niños con distrés respiratorio ingresados en centros no terciarios. Hay un riesgo clínicamente relevante de neumotórax, aunque no es estadísticamente significativo. Se logran unos considerables beneficios al usar la presión positiva continua en las vías aéreas en centros no terciarios de mayor tamaño.

Reanimación en la "zona gris" de la viabilidad: determinación de las preferencias del médico y predicción de la evolución del niño

Jaideep Singh, MD, MPH, Jon Fanaroff, MD, JD, Bree Andrews, MD, MPH, Leslie Caldarelli, MD, Joanne Lagatta, MD, Susan Plesha-Troyke, OT, John Lantos, MD, y William Meadow, MD, PhD

Resultados. En los niños con peso al nacer < 500 g y edad gestacional de 23 semanas, sólo el 4% de 666 neonatólogos encuestados procedería a una reanimación completa. En cambio, en los niños con peso al nacer > 600 g y edad gestacional de 25 semanas, > 90% de los neonatólogos consideró que la reanimación era obligatoria. En los niños con pesos de 500 a 600 g y edades gestacionales de 23 a 24 semanas, sólo un tercio de los neonatólogos respondió que la preferencia de los padres determinaría si reanimaban al niño en la sala de partos. La mayoría deseaba "ver el aspecto del niño". En 102 niños con pesos al nacer \leq 750 g, las puntuaciones de Apgar al minuto y a los 5 min y las frecuencias cardíacas al cabo de 1 y 5 minutos no fueron unos parámetros sensibles ni predictivos de la muerte antes del alta, ni de la supervivencia con anomalías o integridad neurológicas.

Conclusiones. La "zona gris" para la reanimación en la sala de partos parece hallarse entre 500 y 600 g y en-

tre 23 y 24 semanas. En los niños incluidos en dicha zona, la confianza de los neonatólogos sobre la predicción precisa de la muerte o la morbilidad, efectuada en la sala de partos, puede ser desacertada.

Prácticas y experiencias de los neonatólogos al solicitar los servicios para el cribado de la retinopatía de la prematuridad

Alex R. Kemper, MD, MPH, MS, y David K. Wallace, MD, MPH

Resultados. La tasa de respuestas fue del 62%. Casi todos (98%) los encuestados que respondieron consideraron la edad gestacional como parámetro para identificar a los niños candidatos para el cribado de la retinopatía de la prematuridad. Sin embargo, sólo el 19% utilizó el criterio de las 30 semanas de edad gestacional, actualmente recomendado; en lugar de ello, el 6% utilizó un criterio inferior, más restrictivo, y el 74% utilizó un criterio superior, más amplio. Un porcentaje menor (77%) consideró el peso al nacer como parámetro para identificar a los niños candidatos para el cribado de la retinopatía de la prematuridad; la mayoría (86%) utilizó el criterio actual de \leq 1.500 g. Aunque más de la mitad (67%) de los encuestados manifestó que los oftalmólogos pediátricos exploraban habitualmente a los niños en su UCIN para la retinopatía de la prematuridad, casi la mitad (46%) indicó que eran los especialistas en retina quienes proporcionaban el tratamiento. Algunos (36%) señalaron que no habían podido trasladar a un niño a una UCIN para los casos menos agudos o a la más próxima al domicilio del niño debido a la falta de especialistas para el cribado de la retinopatía de la prematuridad. Algunos (34%) indicaron también que habían debido retrasar el alta al no haber seguimiento para el cribado o el tratamiento de la retinopatía de la prematuridad cerca del domicilio del niño.

Conclusiones. Se observaron variaciones en el modo como se identifica a los niños candidatos para el cribado de la retinopatía de la prematuridad y en el modo como se efectúa el cribado y el tratamiento. Es necesario realizar nuevas investigaciones para saber cómo influyen dichas variaciones en los resultados de la función visual y en los costes de la asistencia. En las futuras investigaciones hay que considerar también el impacto que ejerce la carencia regional de oftalmólogos pediátricos sobre las estrategias de cribado y tratamiento de la retinopatía de la prematuridad.

Ensayo de distribución aleatoria sobre el aporte precoz o tardío de suplementos enterales de hierro en lactantes con peso al nacer < 1.301 gramos: desarrollo neurocognitivo a los 5,3 años de edad corregida

Jochen Steinmacher, MD, Frank Pohlandt, MD, MS, Harald Bode, MD, Silvia Sander, MS, Martina Kron, PhD, y Axel R. Franz, MD

Resultados. De los 204 lactantes que se distribuyeron aleatoriamente en el momento inicial, 10 fallecieron y 30 se perdieron para el seguimiento. Un total de 164 (el 85%

de los supervivientes) se valoraron a una edad mediana corregida de 5,3 años. En esta población (n = 164), la media (\pm DE) del procesado mental compuesto de los niños con administración precoz de hierro fue de 92 (\pm 17), frente a 89 (\pm 16) en el grupo con administración tardía de hierro. El examen neurológico fue anormal en 17 de 90 frente a 26 de 74, y la puntuación de la Gross Motor Function Classification Scale fue $>$ 1 en 2 de 90 frente a 5 de 74, respectivamente. Hubo ausencia de discapacidad en 59 de 90 niños del grupo de administración precoz de hierro, en comparación con 40 de 74 en el grupo de administración tardía de hierro. Se halló discapacidad grave en 5 de 90 frente a 6 de 74 niños; y 67 de 90 frente a 49 de 74 fueron candidatos para una escolarización normal, respectivamente. Los análisis de regresión logística revelaron que la hemorragia intraventricular \geq 3 y la necesidad de ventilación mecánica prolongada (\geq 7 días) eran unos factores de riesgo importantes para unos resultados ligeros o gravemente anormales en la exploración neurológica, mientras que la asignación al aporte enteral tardío, frente al precoz, no era un factor de riesgo importante en este modelo. El uso de estos factores de riesgo para la predicción reveló un área bajo la curva de características del receptor-operador de 0,739.

Conclusiones. Los suplementos enterales precoces de hierro mostraron una tendencia hacia un efecto beneficioso sobre el desarrollo neurocognitivo y psicomotor a largo plazo, a una edad mediana corregida de 5,3 años, sin que se observaran efectos adversos. Debido a que el estudio inicial no se diseñó para valorar los efectos sobre el desarrollo neurocognitivo, la potencia estadística no fue suficiente para detectar unas potenciales mejorías clínicamente relevantes. Es necesario realizar nuevos estudios para confirmar la tendencia hacia una evolución más favorable observada en el grupo de administración precoz de hierro.

Mejoría del tratamiento de los problemas psicosociales familiares en las visitas de puericultura efectuadas a los niños de familias con bajos ingresos: proyecto WE CARE

Arvin Garg, MD, MPH, Arlene M. Butz, ScD, RN, Paul H. Dworkin, MD, Rooti A. Lewis, BA, Richard E. Thompson, PhD, y Janet R. Serwint, MD

Resultados. Se incluyó a 200 progenitores y 45 residentes. En comparación con los padres del grupo de control, los del grupo de intervención comentaron un número significativamente mayor de temas psicosociales de la familia (2,9 frente a 1,8) con su residente, y hubo menos temas que hubieran deseado comentar y no lo lograron (0,46 frente a 1,41). Más padres del grupo de intervención fueron remitidos al menos 1 vez (51,0% frente a 11,6%), sobre todo para empleo (21,9%), diploma equivalente al de graduado (15,3%) y clases para abandonar el tabaquismo (14,6%). Después de controlar la edad del niño, la situación en Medicaid, la raza, el nivel educativo y los cupones para alimentos, se observó que, al cabo de 1 mes, los padres del grupo de intervención tenían más probabilidades de haberse puesto en

contacto con algún recurso de la colectividad. La mayoría de los residentes del grupo de intervención manifestó que la encuesta no entretecía la visita; el 54% indicó que añadía $<$ 2 minutos al tiempo de visita.

Conclusiones. El estudio demuestra que un breve cribado psicosocial familiar es factible en la práctica pediátrica y que el cribado y el adiestramiento del residente pueden incrementar los comentarios sobre los temas por parte de los progenitores, así como los contactos con los recursos de apoyo existentes en la colectividad.

Exposición fetal al alcohol, anemia ferropénica y crecimiento del lactante

R. Colin Carter, MD, Sandra W. Jacobson, PhD, Christopher D. Molteno, MD, y Joseph L. Jacobson, PhD

Resultados. Los lactantes cuyas madres abusaron considerablemente del alcohol durante el embarazo (\geq 4 bebidas en cada ocasión) tuvieron unas probabilidades 3,6 veces mayores de presentar anemia ferropénica a los 12 meses, en comparación con los hijos de madres no bebedoras. La exposición prenatal al alcohol se asoció con un peso más bajo al nacer y a los 6,5 y 12 meses, y con una talla inferior a los 6,5 y 12 meses. La anemia ferropénica estuvo relacionada con un peso y un perímetro craneal más reducidos a los 12 meses y con una velocidad de crecimiento más lenta entre los 6 y los 12 meses. Los efectos del alcohol prenatal sobre el peso no fueron mediados por la anemia ferropénica, aunque se observaron principalmente en lactantes con anemia ferropénica.

Conclusiones. La asociación del abuso del alcohol y una mayor incidencia de anemia ferropénica puede reflejar un trastorno de acumulación de los depósitos fetales de hierro o un déficit posnatal en la captación o la absorción del hierro. Además, el déficit de hierro parece exacerbar los efectos del alcohol prenatal sobre el crecimiento.

Contenido nutricional de los alimentos anunciados en TV que ven los niños y adolescentes en Estados Unidos

Lisa M. Powell, PhD, Glen Szczypka, BA, Frank J. Chaloupka, PhD, y Carol L. Braunschweig, PhD

Resultados. Los resultados del estudio mostraron que el 97,8% y el 89,4% de los alimentos publicitados en TV vistos por niños de 2 a 11 años y adolescentes de 12 a 17 años, respectivamente, eran ricos en grasas, azúcar o sodio. Por término medio, el 46,1% y el 49,1% de las calorías totales de los productos anunciados provenían del azúcar, respectivamente. Un total del 97,6% de los anuncios de cereales vistos por niños de 2 a 11 años era de productos ricos en azúcar. No se hallaron diferencias sustanciales en el contenido nutricional de los productos anunciados vistos por niños de 2 a 11 años de razas negra o blanca. Sin embargo, una proporción ligeramente mayor de anuncios de alimentos, en general y en todas las categorías, vistos por los adolescentes de raza negra, en comparación con los de raza blanca, eran de productos ricos en azúcar.

Conclusión. La inmensa mayoría de los productos alimentarios anunciados en TV vistos por niños y adolescentes norteamericanos son de un deficiente contenido nutricional.

¿La lesión cerebelosa en los niños prematuros contribuye a la elevada prevalencia de la discapacidad cognitiva, de aprendizaje y conductual a largo plazo en los supervivientes?

Catherine Limperopoulos, PhD, Haim Bassan, MD, Kimberlee Gauvreau, ScD, Richard L. Robertson, Jr, MD, Nancy R. Sullivan, PhD, Carol B. Benson, MD, Lauren Avery, PhD, Jane Stewart, MD, Janet S. Soul, MD, CM FRCPC, Steven A. Ringer, MD, PhD, Joseph J. Volpe, MD, y Adré J. du Plessis, MBChB, MPH

Resultados. Existían anomalías neurológicas en el 66% de las lesiones hemorrágicas cerebelosas aisladas y en el 5% de los niños del grupo de control. Los niños con lesiones hemorrágicas cerebelosas aisladas, en comparación con los controles, presentaron unas puntuaciones significativamente más bajas en todos los parámetros investigados: discapacidades motrices graves (el 48 frente al 0%), lenguaje expresivo (el 42 frente al 0%), retraso en el lenguaje receptivo (el 37 frente al 0%) y déficit cognitivos (el 40 frente al 0%). Las lesiones hemorrágicas cerebelosas aisladas se asociaron significativamente con graves limitaciones funcionales en las actividades diarias. Se hallaron diferencias significativas entre los casos de lesiones hemorrágicas cerebelosas y los controles en las pruebas de cribado para el autismo (el 37 frente al 0%) y en los problemas conductuales de interiorización (el 34 frente al 9%). Los déficit globales del desarrollo, funcionales y socio-conductuales fueron más comunes y profundos en los niños pretérmino con lesiones en el vermis cerebeloso. Los niños pretérmino con lesiones hemorrágicas cerebelosas y lesiones parenquimatosas supratentoriales no presentaron un mayor riesgo global de discapacidades en el neurodesarrollo, aunque sus trastornos neuromotores fueron más graves.

Conclusiones. Las lesiones hemorrágicas cerebelosas en los niños pretérmino se asocian con una elevada prevalencia de discapacidades generalizadas del neurodesarrollo a largo plazo y pueden desempeñar un papel importante y poco reconocido en la disfunción cognitiva, del aprendizaje y conductual que afecta a los supervivientes.

Estudio de seguimiento, de distribución aleatoria y controlado con placebo, sobre el empleo de dexametasona para reducir la duración de la dependencia del ventilador en niños de muy bajo peso al nacer: evolución del neurodesarrollo a los 4 a 11 años de edad

T. Michael O'Shea, MD, MPH, Lisa K. Washburn, MD, P.A. Nixon, PhD, y Donald J. Goldstein, PhD

Resultados. Sobre la base del último control realizado en cada niño, las tasas de trastornos importantes del neurodesarrollo fueron del 40% en el grupo de la dexa-

metasona y del 20% en el grupo placebo. La tasa más elevada de trastornos en el grupo de la dexametasona se atribuyó principalmente a una mayor prevalencia de parálisis cerebral. Las tasas de la evolución mixta de muerte o trastornos importantes del neurodesarrollo fueron de 47% y 41%, respectivamente.

Conclusión. Una tanda decreciente de 42 días de dexametasona, que, según se sabe, disminuye el riesgo de neumopatía crónica en los niños de muy bajo peso al nacer, no aumenta el riesgo de la evolución mixta de muerte o trastornos importantes del neurodesarrollo.

ARTÍCULO ESPECIAL

Ictus isquémico perinatal: resumen de un seminario patrocinado por el National Institute of Child Health and Human Development y el National Institute of Neurological Disorders and Stroke

Tonse N.K. Raju, MD, CDH, Karin B. Nelson, MD, Donna Ferriero, MD, John Kylan Lynch, DO, MPH, y NICHD-NINDS Perinatal Stroke Workshop Participants

El ictus isquémico perinatal es un trastorno asociado con una morbilidad neurológica significativa a largo plazo. Con una incidencia estimada de 1 por cada 2.300 a 5.000 nacimientos, el ictus es más probable que ocurra en el período perinatal que en cualquier otro momento de la infancia. La incidencia del ictus isquémico perinatal ocupa el segundo lugar, sólo detrás del ictus en el anciano. Aunque el ictus isquémico perinatal es un trastorno bien reconocido, quedan por aclarar muchos aspectos del mismo. No hay consenso sobre su terminología, su definición o su clasificación. Se han identificado diversos factores de riesgo, pero no se conoce su papel etiológico exacto. No existen factores predictivos fiables del ictus isquémico perinatal sobre los cuales puedan basarse las estrategias de prevención o tratamiento. Para revisar estas importantes cuestiones y proponer una agenda de investigación, el National Institute of Child Health and Human Development y el National Institute of Neurological Disorders and Stroke convocaron un seminario en agosto de 2006. En el presente artículo se ofrece un resumen del mismo.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Prevención de la endocarditis infecciosa

American Academy of Pediatrics

El 13/6/2007, la American Academy of Pediatrics respaldó la siguiente publicación: Wilson W, Taubert KA,

Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. A guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. En prensa 2007. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.106.183095V1>

Prevención y control de la infección en el ámbito ambulatorio pediátrico

Committee on Infectious Diseases

Desde que la American Academy of Pediatrics publicó una normativa titulada "Infection control in physicians' offices" (*Pediatrics*. 2000;105[6]:1361-9), se han producido cambios significativos que han impulsado la actualización de dicha normativa. La prevención y el control de la infección son una parte integral de la práctica pediátrica en los ámbitos ambulatorio y hospitalario. Las medidas de prevención y el control de la infección deben comenzar en el momento en que se programa la visita en el ambulatorio. Todo el personal sanitario debe conocer las vías de transmisión y las técnicas utilizadas para evitar la transmisión de los agentes infecciosos. Las pautas para la prevención y el control de la infección deben redactarse por escrito, hallarse fácilmente al alcance, actualizarse anualmente y exigirse su cumplimiento. Las precauciones estándar para los pacientes hospitalizados, establecidas por los Centers for Disease Control and Prevention, con una modificación de la American Academy of Pediatrics en la que se exige el uso de guantes en los cambios habituales de pañales y al limpiar la nariz o las lágrimas de un niño sano, son apropiadas para la mayoría de las visitas de pacientes. En su calidad de patronos, los pediatras están obligados por la Occupational Safety and Health Administration a adoptar precauciones para identificar y proteger al personal a su servicio que, durante su horario laboral, tenga probabilidades de exponerse al contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos. Los principios básicos de las precauciones estándar son los siguientes: higiene de las manos (frotar las manos con alcohol o lavado con agua y jabón [corriente o antimicrobiano]) antes y después de cada contacto con el paciente; estrategias de higiene respiratoria y protocolo de tos en los pacientes con sospecha de gripe o infección por otro germen patógeno respiratorio, en la medida de lo posible; separación de los niños infectados y contagiosos de los no infectados, si es posible; manejar con seguridad y desechar las agujas u otros objetos punzantes y considerar el empleo de los dispositivos de seguridad para las agujas; uso apropiado del equipo personal de protección, como guantes, batas, mascarillas y gafas; y, finalmente, esterilización, desinfección y antisepsia apropiadas.

Suicidio e intentos de suicidio en el adolescente

Benjamin N. Shain, MD, PhD, y el Committee on Adolescence

El suicidio es la tercera causa de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años. Los pediatras pueden tomar medidas que ayuden a reducir la incidencia del suicidio en el adolescente, al investigar la existencia de depresión e ideas y conductas suicidas. En el presente informe se actualiza la normativa anterior de la American Academy of Pediatrics; va dirigido a ayudar al pediatra en la identificación y el tratamiento del adolescente con riesgo de suicidio. El grado en que los pediatras proporcionan una asistencia adecuada para los adolescentes suicidas depende de sus conocimientos, habilidad, confianza con el tema y fácil acceso a los recursos apropiados de la colectividad. Todos los adolescentes con pensamientos o conductas suicidas deben percibir que sus peticiones de ayuda son atendidas y que los pediatras desean actuar como protectores para tratar de resolver la crisis.

Publicaciones de la AAP reafirmadas y retiradas

American Academy of Pediatrics

REAFIRMADAS EN ENERO DE 2005

Policy statement: Climatic heat stress and the exercising child and adolescent. *Pediatrics*. 2000;106:158-9.

Policy statement: Organized sports for children and preadolescents. *Pediatrics*. 2001;107:1459-62.

REAFIRMADAS EN MAYO DE 2005

Policy statement: Medical concerns in the female athlete. *Pediatrics*. 2000;106:610-3.

RETIRADAS EN OCTUBRE DE 2005

Policy statement: How pediatricians can respond to the psychosocial implications of disasters. *Pediatrics*. 1999;103:521-3.

REAFIRMADAS EN ENERO DE 2006

Policy statement: Safety in youth ice hockey: the effects of body checking. *Pediatrics*. 2000;105:657-8.

REAFIRMADAS EN MAYO DE 2007

Policy statement: Health supervision for children with fragile x syndrome. *Pediatrics*. 1996;98:297-300.

Policy statement: Health supervision for children with marfan syndrome. *Pediatrics*. 1996;98:978-82.

Statement of endorsement: Guidelines for referral of children and adolescents to pediatric rheumatologists. Disponible en: http://aappolicy.aappublications.org/misc/Pediatric_Rheumatologists.dtl

Policy statement: Environmental tobacco smoke: a hazard to children. *Pediatrics*. 1997;99:639-42.

Policy statement: Ultraviolet light: a hazard to children. *Pediatrics*. 1999;104:328-33.

Role of the pediatrician in transitioning children and adolescents with developmental disabilities and chronic illnesses from school to work or college. *Pediatrics*. 2000;106:854-6.

Clinical report: Molecular genetic testing in pediatric practice: a subject review. *Pediatrics*. 2000;106:1494-7.

Policy statement: Health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics*. 2001;107:442-9.

Policy statement: Falls from heights: windows, roofs, and balconies. *Pediatrics*. 2001;107:1188-91.

Policy statement: Lawn mower-related injuries to children. *Pediatrics*. 2001;107:1480-1.

Technical report: Lawn mower-related injuries to children. *Pediatrics*. 2001;107(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/6/e106

Technical report: Mercury in the environment: implications for pediatricians. *Pediatrics*. 2001;108:197-205.

Policy statement: Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics*. 2003;111:703-6.

Policy statement: Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics*. 2003;111:902-7.

Policy statement: Apnea, sudden infant death syndrome and home monitoring. *Pediatrics*. 2003;111:914-7.

Clinical report: Facilities and equipment for the care of pediatric patients in a community hospital. *Pediatrics*. 2003;111:1120-2.

Policy statement: Family centered care of children and families. *Pediatrics*. 2003;112:691-6.

Clinical report: Prescribing therapy services for children with motor disabilities. *Pediatrics*. 2004;113:1836-8.

Technical report: Telemedicine: pediatric applications. *Pediatrics*. 2004;113(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/6/e639

Policy statement: Overcrowding crisis in our nation's emergency departments: is our safety net unraveling? *Pediatrics*. 2004;114:878-88.

Technical report: Role of pediatricians in advocating life support training courses for parents and the public. *Pediatrics*. 2004;114(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/6/e761

Policy statement: Role of pediatricians in advocating life support training courses for parents and the public. *Pediatrics*. 2004;114:1676.

Clinical report: Managed care and children with special health care needs. *Pediatrics*. 2004;114:1693-8.

RETIRADAS EN MAYO DE 2007

Policy statement: Pediatric physician profiling. *Pediatrics*. 1999;104:970-2.