

PEDIATRICS

páginas electrónicas

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

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

- e1 Impacto continuado de la vacuna conjugada neumocócica en el portador en los niños pequeños. *Susan S. Huang et al*
- e12 Cefalea en niños en los servicios de urgencias: uso de la tomografía computerizada. *Tarannum M. Lateef et al*
- e18 Escala de estado funcional: nueva medida de resultado pediátrico. *Murray M. Pollack et al*
- e29 Predictores clínicos de neumonía entre niños con sibilancias. *Bonnie Mathews et al*
- e37 Uso de la tecnología basada en internet para adaptar las visitas preventivas de niños sanos. *David Aaron Bergman et al*
- e44 Relaciones sexuales prematrimoniales entre adolescentes en un país asiático: factores ecológicos multinivel. *Mee-Lian Wong et al*
- e53 La enuresis nocturna y el sobrepeso están asociados con apnea obstructiva del sueño. *Joseph G. Barone et al*
- e60 Percepción materna del estado de peso y los riesgos de salud asociados con la obesidad en niños. *Petra Warschburger et al*
- e69 Estimación de la profundidad de compresión torácica CPR óptima en niños utilizando tomografía computerizada. *Matthew S. Braga et al*
- e75 Seguridad cardíaca del metilfenidato frente a las sales de anfetamina en el tratamiento del TDAH. *Almut Gertrud Winterstein et al*
- e81 Estados de salud y resultados conductuales para los jóvenes que anticipan una alta probabilidad de muerte precoz. *Iris Wagman Borowsky et al*
- e89 Factores de riesgo para la fatiga persistente con ausencias escolares significativas en niños y adolescentes. *Robert J. Bakker et al*
- e96 Los síntomas depresivos paternos durante el embarazo están relacionados con un niño que llora excesivamente. *Mijke P. van den Berg et al*
- e104 Variaciones regionales y estatales en las regulaciones relacionadas con la alimentación infantil en cuidados infantiles. *Sara E. Benjamin et al*
- e112 Conflictos sobre las decisiones terminales en UCI neonatal en Holanda. *A.A. Eduard Verhagen et al*
- e120 Cuidados dentales preventivos en los jóvenes, seguro médico Medicaid infantil en el estado de Washington. *Charlotte Lewis et al*
- e128 Crecimiento prenatal e influencias posnatales tempranas en la excitabilidad cortical motora adulta. *Julia B. Pitcher et al*
- e137 Exposición antibiótica intraparto y mortalidad y morbilidad neonatal precoz en África. *George Kafulafula et al*
- e145 ¿Se le debe practicar a un niño con lesión craneal un escáner TC craneal? Revisión sistemática de las reglas de predicción clínicas. *Jonathon L. Maguire et al*
- e155 Vías para la aprobación de dispositivos cardíacos pediátricos en Estados Unidos: desafíos y soluciones. *Robert H. Beekman, III, et al, en nombre del Workgroup on Pediatric Cardiac Devices, Section on Cardiology and Cardiac*
- e163 Valorar el estado funcional de los niños hospitalizados. *Fola Odetola*
- e166 Declaración política: Equipamiento para ambulancias. *American College of Surgeons Committee on Trauma, American College of Emergency Physicians, National Association of EMS Physicians, Pediatric Equipment Guidelines Committee – Emergency Medical Services for Children (EMSC) Partnership for Children Stakeholder Group, American Academy of Pediatrics*

RESUMEN. Impacto continuado de la vacuna conjugada neumocócica en el portador en los niños pequeños.

Susan S. Huang, MD, MPH, Virginia L. Hinrichsen, MS, MPH, Abbie E. Stevenson, BS, Sheryl L. Rifas-Shiman, MPH, Ken Kleinman, ScD, Stephen I. Pelton, MD, Marc Lipsitch, DPhil, William P. Hanage, PhD, Grace M. Lee, MD, MPH, y Jonathan A. Finkelstein, MD, MPH.

Objetivos. Los objetivos fueron valorar los cambios seriados en los serotipos del *Streptococcus pneumoniae* y la resistencia antibiótica en niños pequeños y evaluar si los factores de riesgo para el portador han sido alterados por la vacuna conjugada heptavalente neumocócica (PCV7).

Métodos. Se obtuvieron muestras nasofaríngeas y datos de cuestionario/historia médica de niños desde los 3 meses hasta < 7 años en centros de atención primaria en 16 comunidades de Massachusetts durante las épocas de verano de 2000-2001 y de 2003-2004 y en 8 comunidades en 2006-2007. Se realizaron los test de susceptibilidad antimicrobiana y los serotipos con *S pneumoniae* aislados.

Resultados. Recogimos 678, 988 y 972 especies durante los períodos de muestreo en 2000-2001, 2003-2004, y 2006-2007, respectivamente. El ser portador de los serotipos no-PCV7 aumentó del 15% al 19% y 29% ($p < 0,001$) disminuyendo los serotipos de vacuna al 3% de los serotipos portados en 2006-2007. La contribución relativa de varios serotipos no PCV7, incluyendo 19A, 35B, y 23A, aumentó durante los períodos de muestra. En 2007, los serotipos portadores frecuentes incluyeron 19A (16%), 6A (12%), 15B/C (11%), 35B (9%), y 11A (8%), y una alta prevalencia de serotipos que parecían tener grandes proporciones de no susceptibilidad a la penicilina. En los modelos multivariante, los predictores comunes de portador neumocócico, como los cuidadores de niños, infecciones de tracto respiratorio superior, y la presencia de hermanos menores, continuó.

Conclusiones. Se ha producido en los niños pequeños la desaparición virtual de los serotipos de vacuna en la transmisión de *S pneumoniae*, con un rápido recambio con serotipos de no vacuna no susceptibles a la penicilina, principalmente 19A y 35B. Excepto para el grupo de edad de alto riesgo, los predictores previos de transmisión, como cuidar a niños y la presencia de hermanos menores, no ha cambiado con la vacuna. *Pediatrics*. 2009;124: e1-e11.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3099

RESUMEN. Cefalea en niños en los servicios de urgencias: uso de la tomografía computerizada.

Tarannum M. Lateef, MD, Mandeep Grewal, BS, William McClintock, MD, James Chamberlain, MD, Himanshu Kaulas, MBBS, y Karin B. Nelson, MD.

Objetivo. El objetivo fue determinar si los escáneres de tomografía computerizada (TC) conducen a un mejor cuidado agudo de los niños con cefalea ingresados en los servicios de urgencias (SU).

Métodos. Examinamos las historias de 364 niños de 2 a 5 años de edad que acudieron con cefalea a un gran SU urbano entre el 1 de julio de 2003 y el 30 de junio de 2006. Revisando la historia inicial y los hallazgos de la exploración, identificamos primero a los pacientes con cefalea secundaria (ej., con identificaciones escritas identificables, como derivaciones ventriculoperitoneales, tumores cerebrales conocidos, o enfermedades agudas, como síndrome vi-

ral, fiebre, probable meningitis o traumatismo). Se revisaron las historias de los pacientes restantes para historia de cefalea, hallazgos en el examen neurológico, de laboratorio y resultados de neuroimagen, diagnóstico final y carácter.

Resultados. En base a la historia inicial y a los resultados del examen físico, 306 niños (84%) tuvieron cefalea secundaria. Para el 72% de estos niños, la enfermedad febril aguda y los síndromes respiratorios virales explicaron las cefaleas. Entre los 58 niños (16%) que no tuvieron enfermedad del sistema nervioso central reconocida o enfermedad sistémica al inicio, se realizaron TC al 28%. De éstos, 1 escáner dio resultados anormales, mostrando un glioma cerebral; el paciente tuvo unos resultados anormales en la exploración neurológica el día del inicio. Para 15 (94%) de los 16 pacientes, el TC no influyó en el diagnóstico o el manejo. Para el 59% de los niños con cefalea aparentemente primaria, no se registró historia familiar.

Conclusiones. Para los niños que acuden al SU con cefalea pero con hallazgos en el examen neurológico normales e historia no preocupante, los TC raramente conducen al diagnóstico o contribuyen al manejo inmediato. *Pediatrics*. 2009;124:e12-e17.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3150

RESUMEN. Escala de estado funcional: nueva medida de resultado pediátrico.

Murray M. Pollack, MD, Richard Holubkov, PhD, Penny Glass, PhD, J. Michael Dean, MD, Kathleen L. Meert, MD, Jerry Zimmerman, MD, PhD, Kanwaljeet J.S. Anand, MBBS, DPhil, Joseph Carcillo, MD, Christopher J.L. Newth, MB, ChB, Rick Harrison, MD, Douglas F. Willson, MD, Carol Nicholson, MD, y la Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network.

Objetivo. El objetivo fue crear una medida de resultados del estado funcional para estudios de amplios resultados que es bien definido, cuantitativo, rápido, fiable, mínimamente dependiente de valoraciones subjetivas y aplicables a pacientes pediátricos hospitalizados en un amplio rango de edades y ambientes ingresados.

Métodos. Los dominios de funcionalidad de la Funcional Status Scale (FSS) incluyeron estado mental, función sensorial, comunicación, función motora, alimentación, y estado respiratorio, categorizados desde normal (puntuación = 1) a alteración muy grave (puntuación = 5). El Adaptive Behavior Assessment System II (ABAS II) estableció la validez de constructo y la calibración entre dominios. Siete centros proporcionaron pacientes de UCI pediátricos durante 48 h antes o después del alta de la UCI pediátrica, y niños dependientes de tecnología. Las enfermeras de atención primaria completaron el ABAS II. Se realizaron análisis estadísticos.

Resultados. Se estudió un total de 836 niños, con una puntuación media de FSS de 10,3 (DE: 4,4). El 18% tuvo la puntuación FSS mínima posible de 6, el 44% tuvo puntuación FSS ≥ 10 , 14% tuvo puntuación FFS ≥ 15 , y el 6% tuvo puntuación FFS ≥ 20 . Cada dominio FFS se asoció con puntuación media de ABAS II ($P < 0,0001$). Las celdas en cada dominio se desmontaron y reponderaron, lo que mejoró la correlación con las puntuaciones ABAS II ($P < 0,001$ para mejorías). La discriminación fue muy buena para las alteraciones moderadas y graves (categorías ABAS

II) y mejoraron con la ponderación FFS. Las correlaciones intraclase de la puntuación FFS total original y ponderada fueron de 0,95 y 0,94 respectivamente.

Conclusiones. La FFS cumplió nuestros objetivos y es ideal para estudios de grandes resultados. *Pediatrics*. 2009;124:e18-e28.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1987

RESUMEN. Predictores clínicos de neumonía entre niños con sibilancias. Bonnie Mathews, MD, Sonal Shah, MD, MPH, Robert H. Cleveland, MD, Edward Y. Lee, MD, MPH, Richard G. Bachur, MD, y Mark I. Neuman, MD, MPH.

Objetivo. El objetivo fue identificar los factores asociados con la neumonía confirmada radiológicamente entre los niños con sibilancias en el servicio de urgencias (SU).

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo de cohortes con niños ≤ 21 años que fueron valorados en el SU, en la exploración se encontró que tenían sibilancias, y tuvieron hecha una radiografía torácica por posible neumonía. Se recogieron por parte de los médicos que los trataron las características de la historia y los hallazgos radiológicos antes de conocer los resultados de la radiografía torácica. Las radiografías se interpretaron de forma independiente por 2 radiólogos cegados.

Resultados. Cumplieron los criterios de inclusión un total de 526 pacientes; la media de edad fue 1,9 años (rango intercuartil: 0,7-4,5 años) y el 36% fueron hospitalizados. La historia de sibilancias estuvo presente en 274 pacientes (47%). Veintiséis pacientes (4,9% [intervalo de confianza (IC): 3,3-7,3]) tuvo neumonía radiológica. La historia de fiebre en casa (índice de probabilidad positivo [IP] 1,39 [95% IC: 1,13-1,70]), historia de dolor abdominal (IP positivo: 2,85 [95% IC: 1,08-7,54]), temperatura de corte $\geq 38^\circ\text{C}$ (IP positivo: 2,03 [95% IC: 1,34-3,07]), temperatura máxima en SU de $\geq 38^\circ\text{C}$ (IP positivo 1,92 [95% IC: 1,48-2,49]), y saturación de oxígeno en la selección $< 92\%$ (IP positivo: 3,06 [95% IC: 1,15-8,16]) se asociaron con riesgo aumentado de neumonía. Entre los niños afebriles (temperatura $< 38^\circ\text{C}$) con sibilancias, el índice de neumonía fue muy bajo (2,2% [95% IC: 1,0-4,7]).

Conclusiones. La neumonía radiológica entre niños con sibilancias no es común. Los factores clínicos y de la historia pueden utilizarse para determinar la necesidad de radiografía torácica para los niños con sibilancias. El uso habitual de radiografía torácica para los niños con sibilancias pero sin fiebre debe desaconsejarse. *Pediatrics*. 2009;124:e29-e36.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2062

RESUMEN. Uso de la tecnología basada en internet para adaptar las visitas preventivas de niños sanos. David Aaron Bergman, MD, Arne Beck, PhD, y Alanna Kulchak Rahm, MS.

Objetivo. El objetivo fue evaluar la viabilidad y la aceptación de un nuevo modelo para la atención de niños sanos (ANS) en una gran organización de mantenimiento de la salud.

Métodos. Diseñamos un nuevo modelo de ANS que captara a las familias en un examen de comportamiento y de desarrollo basado en internet, permitiera revisar los resultados antes de la visita y permitiera la selección del tipo de

visita adecuado (e-visita, e-visita con una visita resumen del proveedor o entrevista prolongada). El nuevo modelo se probó de forma piloto en 2 consultas de una gran organización de prevención sanitaria. Participaron en el estudio 7 proveedores y 70 padres. Los pacientes y los proveedores fueron entrevistados para conocer su experiencia y satisfacción con el encuentro.

Resultados. El 75% de los padres opinaron que la evaluación pre-visita en línea mejoró o mejoró mucho la visita ANS. Sin embargo, el 12% de los padres encontraron el asesoramiento un poco o muy difícil de utilizar. Todos los padres encontraron la e-visita o la e-visita con visita resumen del proveedor aceptable o muy aceptable, en comparación con las visitas ANS estándar. Los 7 proveedores pensaron que el uso del nuevo modelo ayudó a enfocar la visita y que podrían continuar o definitivamente continuarían utilizando el modelo.

Conclusiones. Demostramos la fiabilidad de un nuevo modelo de ANS que implica a los padres en la evaluación pre-visita y utilizaron tipos de visita alternativos para crear los cuidados necesarios para la familia. Serán necesarias más investigaciones que examinen el impacto de este modelo en los resultados importantes del ANS. *Pediatrics*. 2009;124:e37-e43.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3385

RESUMEN. Relaciones sexuales prematrimoniales entre adolescentes en un país asiático: factores ecológicos multinivel. Mee-Lian Wong, MBBS, MPH, MD, Roy Kum-Wah Chan, MBBS, MRCP, FRCP, David Koh, MBBS, MSc, PhD, Hiok-Hee Tan, MBBS, MRCP, FRCP, Fong-Seng Lim, MBBS, MMed, Shanta Emmanuel, MBBS, MPH, y George Bishop, MS, PhD.

Objetivo. El objetivo fue valorar los factores personales y ambientales asociados con las relaciones prematrimoniales entre adolescentes.

Métodos. Realizamos un estudio caso-control. Entre 2006 y 2008 incluimos a 500 adolescentes que indicaron haber tenido relaciones sexuales voluntariamente en sus encuentros más recientes. Se emparejaron por edad, género y raza a 500 individuos control.

Resultados. Los factores significativos independientemente para las relaciones prematrimoniales entre los chicos fueron ver pornografía (odds ratio ajustado [OD]: 5,82 [95% intervalo de confianza (IC): 2,34-14,43]), falta de confianza a soportar la presión de sus compañeros (OR: 3,84 [95% IC: 2,27-6,50]), percepción de que más de la mitad de sus amigos habían tenido sexo (OR: 3,37 [95% IC: 1,92-5,92]), permisividad en relación a las relaciones prematrimoniales (OR: 3,41 [95% IC: 2,10-5,55]), estar implicado en actividades de pandilla (OR: 3,45 [95% IC: 1,66-7,15]), beber (OR: 1,77 [95% IC: 1,07-2,94]), fumar (OR: 1,91 [95% IC: 1,14-3,20]), vivir en viviendas de interés social (OR: 3,25 [95% IC: 1,64-6,43]). Para las chicas, los factores adicionales fueron abuso sexual previo (OR: 7,81 [95% IC: 2,50-24,41]), y salir de la escuela (OR: 2,72 [95% IC: 1,32-5,61]), y se encontró una fuerte asociación para la falta de confianza a soportar la presión de sus compañeras (OR: 5,56 [95% IC: 2,94-10,53]) y la permisividad en relación con las relaciones prematrimoniales (OR: 6,25 [95% IC: 3,30-11,83]). La exposición a personas con VIH/SIDA o infecciones de transmisión sexual en los medios de comunicación se asoció negativamente con el sexo para los

chicos (OR: 0,27 [95% IC: 0,16-0,45]) y las chicas (OR: 0,24 [95% IC: 0,13-0,47]).

Conclusión. Los programas de educación sexual para los adolescentes deben centrarse en la influencia social de los medios de comunicación y de la pornografía e incorporar argumentos para negociar la abstinencia sexual. *Pediatrics*. 2009;124:e44-e52.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2954

RESUMEN. La enuresis nocturna y el sobrepeso están asociados con apnea obstructiva del sueño. Joseph G. Barone, MD, Christopher Hanson, PhD, Daniel G. DaJusta, MD, Kevin Gioia, MD, Sandra J. England, PhD, y Dona Schneider, PhD, MPH.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue examinar la relación de la apnea obstructiva del sueño (AOS), peso corporal (porcentaje de IMC [%IMC]) y enuresis nocturna monosintomática (ENM) en niños.

Métodos. Se utilizó un diseño de estudio caso-control. Todos los niños tenían entre 5 y 15 años de edad; los pacientes se reclutaron de un centro integral de trastornos del sueño (n = 149), y los sujetos control se reclutaron de un centro de pediatría general en la misma zona de influencia (n = 139). Los pacientes fueron sometidos a polisomnogramas durante la noche y agrupados en categorías según la gravedad de la apnea (mínima, leve, moderada o grave) según su índice de alteración respiratoria y los niveles mínimos de saturación de oxígeno arterial. Los datos de todos los niños incluyeron edad, género, altura, peso, e historia de ENM, ronquidos, diabetes, alergias nasales y/o hipertrofia de amígdalas. Se utilizó el %IMC para agrupar a los niños en categorías de peso según sugerencia de los Centers for Disease Control and Prevention (infrapeso, peso normal, con riesgo de sobrepeso y sobrepeso). Se crearon dos grupos de edad (5-10 años y 11-15 años). La estadística descriptiva proporcionó la prevalencia de AOS, categorías de peso, y ENM entre los casos paciente y los sujetos control. Las tabulaciones cruzadas examinaron la relación de la gravedad de la AOS con las categorías de peso y la ENM, estratificados por edad y género. Una serie de modelos de regresión logística exploraron las interrelaciones de las variables agrupadas.

Resultados. Una gran mayoría de los sujetos control (79,9%) estaban en riesgo de sobrepeso, y una gran mayoría (80,0%) de los niños con ENM también tenían algún grado de AOS. La regresión logística demostró que la ENM (odds ratio: 5,29) y el sobrepeso (odds ratio: 4,16) se asociaron significativamente con AOS pero no con cualquier otro.

Conclusiones. El sobrepeso y la ENM están asociados con AOS pero no con los otros. La AOS debe considerarse en los niños con sobrepeso con ENM, especialmente cuando presentan otros síntomas de AOS o falla la respuesta a los programas de tratamiento estándar de ENM. *Pediatrics*. 2009;124:e53-e59.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2805

RESUMEN. Percepción materna del estado de peso y los riesgos de salud asociados con la obesidad en niños. Petra Warschburger, PROF DR, y Katja Kröller, DiplPsych.

Objetivo. Examinar los factores asociados con la percepción materna del estado de peso en los niños relacionados y

no relacionados y examinar si se reconocen los riesgos sanitarios asociados para la salud mental y física de los niños.

Pacientes y métodos. Formaron parte de este estudio 219 madres con hijos entre 3 y 6 años de edad. Se reclutaron a las madres participantes de centros de hospitalización y de guarderías. Se presentaron a los padres con 9 perfiles representando distintos percentiles de IMC específicos de género y de edad. Se valoraron las variables demográficas y relacionadas con el peso observando su influencia en la exactitud de la estimación materna del peso en general y para sus propios hijos.

Resultados. De las madres participantes, el 64,5% identificaron los perfiles de sobrepeso de los niños en edad preescolar correctamente. Sin embargo, sólo el 48,8% de las madres identificaron los perfiles de sobrepeso asociado con un aumento del riesgo de problemas de salud físicos, y el 38,7% identificaron los perfiles asociados con un aumento del riesgo de salud mental. Las madres con un nivel educacional bajo tuvieron más probabilidad de error de clasificación de los perfiles de sobrepeso y de infravalorar los problemas de salud asociados. Para sus propios hijos, sólo el 40,3% de las madres eligió perfiles que estaban de acuerdo con el estado de peso objetivo de sus hijos. Esta infravaloración se asoció con un estado de peso mayor materno y del niño pero no con una incapacidad general de identificar el estado de peso del niño.

Conclusiones. Identificar los perfiles de sobrepeso no relacionados está influido por el nivel de educación de la madre, mientras que estimar el estado de peso de su propio hijo está influenciado por el estado de peso de la madre y del niño. Por consiguiente, es necesaria la retroalimentación del riesgo del niño de tener sobrepeso para aumentar la conciencia materna del riesgo y la buena disponibilidad para tomar parte en programas de prevención. *Pediatrics*. 2009;124:e60-e68.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1845

RESUMEN. Estimación de la profundidad de compresión torácica CPR óptima en niños utilizando tomografía computerizada. Matthew S. Braga, MD, Troy E. Dominguez, MD, Avrum N. Pollock, MD, Dana Niles, MS, Andrew Meyer, MD, Helge Myklebust, PhD, Jon Nysaether, PhD, y Vinay Nadkarni, MD.

Objetivo. El consenso pediátrico, motivado por las guías clínicas de resucitación cardiopulmonar, fija la profundidad de la compresión torácica (CT) entre un tercio y la mitad de la profundidad torácica antero-posterior (AP). La estimación para este objetivo valorado por mediciones de tomografía computerizada (TC) de las dimensiones AP torácicas internas y externas puede dirigir las futuras guías clínicas de resucitación cardiopulmonar pediátricas.

Métodos. Se reconstruyeron y analizaron un total de 280 escáneres TC torácicos consecutivos en bloques permutados de 20 cada uno de 14 divisiones de edad entre 0 y 8 años. Se midieron las profundidades AP interna y externa en el esternón medio y se calculó la profundidad torácica residual a compresiones AP simuladas de un tercio y la mitad.

Resultados. Después de calcular la compresión simulada, la profundidad de la mitad externa AP puede producir una profundidad interna residual < 10 mm en el 94% (263 de 280) niños de 3 meses a 8 años. Para una TC de un tercio de la AP externa, sólo el 0,4% (1 de 280) de los niños de

3 meses a 8 años tuvo una profundidad torácica interna residual calculada < 10 mm.

Conclusiones. Utilizando las estimaciones de reconstrucción por TC de las dimensiones del tórax a través del espectro del desarrollo de 0 a 8 años de edad, demostramos que una CT simulada fijada aproximadamente en un tercio de la profundidad AP torácica externa parece radiológicamente adecuada para los niños entre 3 meses y 8 años de edad, mientras que una CT simulada fijada en aproximadamente la mitad de la profundidad AP torácica externa parece radiológicamente ser demasiado profunda, resultando una profundidad torácica interna residual de < 10 mm para la mayoría de los pacientes de esta edad. *Pediatrics*. 2009;124:e69-e74.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0153

RESUMEN. Seguridad cardíaca del metilfenidato frente a las sales de anfetamina en el tratamiento del TDAH. Almut Gertrud Winterstein, PhD, Tobias Gerhard, PhD, Jonathan Shuster, PhD, y Arwa Saidi, MBBCh.

Objetivos. Los temas de seguridad sobre los estimulantes del sistema nervioso central para el tratamiento del déficit de atención/trastorno de hiperactividad (TDAH) incluyen efectos adversos cardíacos. Este estudio trató de comparar el riesgo para los acontecimientos cardíacos en los usuarios de metilfenidato y sales de anfetamina.

Métodos. Se utilizó un diseño de cohortes retrospectivo utilizando datos del programa gratuito Florida Medicaid representando un total de 2.131.953 niños y adolescentes. El análisis incluyó todos los beneficiarios que tenían entre 3 y 20 años de edad, incluidos entre julio de 1994 y junio de 2004, tenían al menos 1 diagnóstico médico de TDAH y empezaban de nuevo con metilfenidato o sales de anfetamina. Cada mes de seguimiento fue clasificado según el estimulante empleado en el uso actual o en el pasado. Definimos los acontecimientos cardíacos como la primera visita al servicio de urgencias (SU) para enfermedad o síntomas cardíacos. El riesgo entre los actuales usuarios de metilfenidato frente a las sales de anfetaminas y los antiguos usuarios de fármacos en estas categorías se comparó utilizando el modelo de probabilidad proporcional de Cox dependiente del tiempo ajustado por diferencias en género, raza, edad, año del dato indexado, alteración, anomalías congénitas, historia de enfermedad circulatoria, historia de admisiones hospitalarias y uso de antidepresivos, antipsicóticos y broncodilatadores.

Resultados. Un total de 456 jóvenes visitaron el SU por motivos cardíacos durante 52.783 años de seguimiento. Tras ajustar por las diferencias en las covariantes, el riesgo de visita cardíaca al SU fue similar entre los actuales usuarios de metilfenidato o anfetaminas. Los períodos de uso anterior tuvieron un riesgo similar entre la juventud con historia de exposición a metilfenidato o anfetaminas.

Conclusión. La exposición a metilfenidato y sales de anfetaminas mostraron un riesgo similar para las visitas cardíacas al SU. Se necesitan estudios adicionales basados en la población para valorar manifestaciones de enfermedad cardíaca grave, especialmente tras el uso prolongado, comparaciones de dosis e interacciones con los factores de riesgo cardíaco preexistentes para informar de las decisiones de tratamiento psiquiátrico. *Pediatrics*. 2009;124:e75-e80.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3138

RESUMEN. Estados de salud y resultados conductuales para los jóvenes que anticipan una alta probabilidad de muerte precoz. Iris Wagman Borowsky, MD, PhD, Marjorie Ireland, PhD, y Michael D. Resnick, PhD.

Objetivo. Se desconoce la relación entre el riesgo de muerte percibido por los adolescentes y su participación en conductas de riesgo. Queríamos determinar la proporción de jóvenes americanos que anticiparon una alta probabilidad de muerte precoz y relacionarlo con el estado de salud y los comportamientos de riesgo a lo largo del tiempo.

Métodos. Analizamos los datos de los momentos 1 (1995), 2 (1996), y 3 (2001-2002) del National Longitudinal Study of Adolescent Health, una muestra representativa a nivel nacional de jóvenes en los grados 7 al 12. La relación entre el riesgo percibido de mortalidad prematura y los comportamientos saludables/resultados se valoró utilizando un análisis multivariante y bivariable.

Resultados. En el momento 1, el 14,7% de los 20.594 respondedores comunicaron al menos una posibilidad 50/50 de que no estarían vivos a los 35 años. En los modelos ajustados, el uso de drogas ilegales, intentos de suicidio, lesiones relacionadas con peleas, arrestos policiales, actividad sexual insegura y el diagnóstico de VIH/SIDA predijeron la percepción de muerte precoz en los momentos 2 y 3 o en ambos (odds ratio ajustado: 1,26-5,12). Al contrario, la mortalidad precoz percibida en el momento 1 predijo cada uno de estos comportamientos y resultados, excepto el uso de drogas ilegales, en el momento 2 y 3, sobre todo el diagnóstico de VIH/SIDA (odds ratios ajustado: 7,13 [95% intervalo de confianza: 2,50-20,36]).

Conclusiones. La participación de adolescentes en comportamientos de riesgo predijo la creencia de muerte prematura entre 1 y 7 años después. De forma recíproca, el riesgo percibido por los adolescentes de una muerte prematura predijo graves resultados de salud, de forma notable el diagnóstico de VIH/SIDA en los jóvenes. Dada su frecuencia y su influencia en el comportamiento y la salud, el riesgo percibido por los adolescentes de una muerte prematura debe incorporarse en el asesoramiento y las entrevistas psicosociales. *Pediatrics*. 2009;124:e81-e88.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3425

RESUMEN. Factores de riesgo para la fatiga persistente con ausencias escolares significativas en niños y adolescentes. Robert J. Bakker, MD, Elise M. van de Putte, MD, PhD, Wietse Kuis, MD, PhD, y Gerben Sinnema, PhD.

Objetivo. Valorar los niños y adolescentes con fatiga grave que son remitidos al pediatra y examinar si se pueden identificar en la primera visita los factores de riesgo que predigan peores resultados a 1 año.

Métodos. Noventa y un pacientes, entre 8 y 18 años, completaron cuestionarios sobre sueño, síntomas somáticos, actividad física, y fatiga. Fueron reevaluados 12 meses después. Se analizaron las mediciones basales y los resultados utilizando la regresión logística univariable con fatiga grave persistente (sí/no) y ausencias escolares persistentes (sí/no) como variables dependientes y las puntuaciones basales como variables independientes.

Resultados. Después de 12 meses el 50,6% de los niños y adolescentes mostraron mejoría; el 29,1% tuvieron fatiga persistente y el 20,3% tuvieron fatiga persistente con ausencia escolar significativa. Los factores asociados con los peo-

res resultados fueron los problemas de sueño (odds ratio [OR]: 1,4 [95% intervalo de confianza (IC): 1,1-1,8]), puntuación de fatiga inicial (OR: 1,1 [95% IC: 1,0-1,2]), quejas somáticas como temporadas de frío y calor (OR: 1,9 [95% IC: 1,2-3,0]), visión borrosa (OR: 2,1 [95% IC: 1,1-4,0]), dolor en brazos y piernas (OR: 2,0 [95% IC: 1,0-3,2]), dolor de espalda (OR: 1,8 [95% IC: 1,0-3,2]), estreñimiento (OR: 1,7 [95% IC: 1,0-2,7]), y problemas de memoria (OR: 1,8 [95% IC: 1,0-3,2]). Solucionar la fatiga se asoció con el género masculino (OR: 5,0 [95% IC: 1,6-15,5]) y con un estilo de vida activo (OR: 1,3 [95% IC: 1,1-1,5]).

Conclusiones. La valoración de los factores predictivos en la primera visita permite a los pediatras identificar aquellos pacientes con riesgo de malos resultados. El género femenino, la mala calidad del sueño, el estilo de vida inactivo, y las alteraciones somáticas específicas fueron importantes factores predictivos. *Pediatrics*. 2009;124:e89-e95.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1260

RESUMEN. Los síntomas depresivos paternos durante el embarazo están relacionados con un niño que llora excesivamente. Mijke P. van den Berg, MD, PhD, MA, Jan van der Ende, MSc, Alfons A.M. Crijnen, MD, PhD, Vincent W.V. Jaddoe, MD, PhD, Henriette A. Moll, MD, PhD, Johan P. Mackenbach, MD, PhD, Albert Hofman, MD, PhD, Michiel W. Hengeveld, MD, PhD, Henning Tiemeier, MD, PhD, y Frank C. Verhulst, MD, PhD.

Objetivo. El llanto excesivo del niño o el cólico infantil es un problema frecuente y a menudo inductor de estrés para los padres que en última instancia puede conducir a abuso infantil. De investigaciones previas, se sabe que la depresión materna está relacionada con el llanto excesivo, pero se sabe poco de la influencia de la depresión paterna.

Métodos. En un estudio prospectivo basado en la población, obtuvimos información de los síntomas depresivos maternos y paternos a las 20 semanas de embarazo utilizando el Brief Symptom Inventory. Los síntomas paternos depresivos se relacionaron con llanto excesivo en 4.462 niños de dos meses de edad. La definición de llanto excesivo se basó en los criterios Wessel ampliamente utilizados (ej., llorar > de 3 h > de 3 días en la semana anterior).

Resultados. Tras ajustar por síntomas depresivos de la madre y factores de confusión importantes, encontramos un riesgo 1,29 (95% intervalo de confianza: 1,09-1,52) veces mayor de llanto excesivo del niño por DE de síntomas depresivos paternos.

Conclusiones. Nuestros hallazgos indican que los síntomas depresivos paternos durante el embarazo pueden ser un factor de riesgo para el llanto excesivo del niño. Este hallazgo puede estar relacionado con transmisión genética, interacción del padre con síntomas depresivos duraderos con el niño, o relacionados indirectamente a través de factores estresantes contextuales como la angustia marital, familiar o económica. *Pediatrics*. 2009;124:e96-e103.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3100

RESUMEN. Variaciones regionales y estatales en las regulaciones relacionadas con la alimentación infantil en cuidados infantiles. Sara E. Benjamin, PhD, MPH, RD, Elsie M. Taveras, MD, MPH, Angie L. Craddock, ScD, Elizabeth M.

Walker, MS, Meghan M. Slining, MS, MPH, y Matthew W. Gillman, MD, SM.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue comparar las variaciones regionales y estatales en las leyes de alimentación infantil para los centros de atención infantil y comparar estas leyes con los estándares nacionales.

Métodos. Revisamos las leyes para la atención infantil de todos los estados americanos y Washington, DC, y examinamos los patrones según el tipo de centro y la región geográfica. Comparamos las leyes estatales con los estándares nacionales para los cuidados infantiles. Los estándares incluidos fueron: (1) los niños son alimentados según un plan alimentario de los padres o el médico; (2) la lactancia está apoyada por el centro de cuidados infantiles; (3) no se da alimentación sólida antes de los 6 meses de edad; (4) los niños son alimentados a demanda; (5) los niños son alimentados por un cuidador constante; (6) los niños están sostenidos mientras comen; (7) los niños no pueden tener o dormir con un biberón; (8) los cuidadores no pueden alimentar a > 1 niño a la vez; (9) no se da leche de vaca a los niños < 12 meses de edad; (10) la leche de vaca completa se da a los niños de 12 a 24 meses; y (11) no hay alimentos sólidos en el biberón.

Resultados. El número medio de leyes en los estados fue de 2,8 (DE: 1,6) para los centros y de 2,0 (DE: 1,3) para los hogares familiares de atención infantil. Ningún estado tenía leyes para los 11 estándares para los centros; sólo Delaware tenía leyes para 10 de los 11 estándares. Para los hogares familiares de atención infantil, Ohio tenía leyes para 5 de los 11 estándares, el máximo de cualquier estado. Los estados del sur tuvieron el mayor número medio de leyes para los centros (3,3) y los hogares familiares de atención infantil (2,2) y el Oeste tuvo el menor número (2,3 y 1,9 respectivamente).

Conclusiones. En muchos estados faltan leyes de alimentación infantil. Animar a los estados a alcanzar los mejores estándares de práctica nacional ayudará a garantizar que todos los centros de cuidados infantiles participen en unas prácticas de alimentación infantil adecuadas y saludables. *Pediatrics*. 2009;124:e104-e111.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3668

RESUMEN. Conflictos sobre las decisiones terminales en UCI neonatal en Holanda. A.A. Eduard Verhagen, MD, JD, PhD, Mirjam de Vos, MSc, Jozef H.H.M. Dorscheidt, JD, PhD, Bernadette Engels, RN, Joep H. Hubben, JD, PhD, y Pieter J. Sauer, MD, PhD.

Objetivo. Determinar la frecuencia y los antecedentes de los conflictos sobre las decisiones terminales neonatales (DT).

Métodos. Revisamos los archivos médicos de 359 recién nacidos que murieron durante el primer año de vida en 10 UCI neonatales holandesas e identificamos 150 muertes precedidas por DT en base al mal pronóstico de los niños. Se entrevistó a 147 de los 150 neonatólogos que atendieron a los recién nacidos para obtener detalles sobre el proceso de toma de decisión.

Resultados. Las DT sobre los niños con un mal pronóstico fueron iniciadas principalmente por los médicos, que posteriormente implicaron a los padres. Los conflictos entre los padres y el equipo médico aparecieron en 18 de los 147 casos y fueron principalmente sobre el mal pronóstico neurológico. Los conflictos dentro del equipo ocurrieron en

6 de los 147 casos y se referían a la incerteza del pronóstico. En caso de conflicto, la DT se pospuso. Se alcanzó el consenso a través de una reunión adicional, realizando pruebas diagnósticas adicionales, u obteniendo una segunda opinión. Las principales causas de conflicto halladas entre los médicos fueron las convicciones religiosas que prohibían retirar el tratamiento que mantiene al paciente con vida y la mala comunicación entre los padres y el equipo.

Conclusiones. Los padres estuvieron involucrados en todos los procesos de toma de decisión terminal, y al final se alcanzó el consenso en todos los casos. Los conflictos en el equipo ocurrieron en el 4% de los casos y entre el equipo y los padres en el 12% de los casos. Los conflictos se solucionaron posponiendo la DT hasta que se alcanzara el consenso. *Pediatrics*. 2009;124:e112-e119.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1839

RESUMEN. Cuidados dentales preventivos en los jóvenes, seguro médico Medicaid infantil en el estado de Washington. Charlotte Lewis, MD, MPH, Elizabeth Teeple, MS, Andrea Robertson, MPH, y Alexis Williams, BS.

Antecedentes. Los niños de familias con ingresos bajos se enfrentan a barreras para la prevención dental (PD) y están afectados de forma desproporcionada por caries dental. El programa The Access to the Baby and Childhood Dentistry (ABCD) del estado de Washington está enfocado a los niños asegurados en Medicaid < de 6 años para mejorar su acceso a la PD.

Objetivos. Probar la hipótesis de que residir en un condado ABCD mejora la probabilidad de recibir PD y comparar el uso de la PD entre los jóvenes y niños asegurados en Medicaid en Washington con la estadística nacional.

Métodos. Obtuvimos solicitudes dentales del Medicaid de Washington de 2003 para los niños ≤ 6 años incluidos de forma continuada. Se realizó un análisis multivariable para identificar las variables asociadas independientemente con ≥ 1 visita dental preventiva (VDP) en 2003. Para la comparación nacional, utilizamos el Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) de 2003.

Resultados. Entre los niños ≤ 6 años asegurados de los condados de WA en el programa ABCD, el 45% tuvo al menos 1 VDP comparado con el 36% de los condados no ABCD ($P < 0,001$) y el 37% de los niños americanos con seguro privado permanente ($P < 0,001$). Hubo una probabilidad ajustada significativamente mayor de VDP en los niños de los condados ABCD en relación con los condados no ABCD (odds ratio: 1,30 [intervalo de confianza de 95%: 1,05-1,60]).

Conclusiones. Confirmamos nuestra hipótesis de que residir en un condado ABCD se asoció con una mayor probabilidad de tener ≥ 1 VDP en 2003. También encontramos que un número significativamente mayor de niños de condados en los que se estableció el ABCD recibieron VDP comparado con los niños americanos asegurados privadamente. Estos hallazgos proporcionan evidencia adicional de que los programas ABCD disminuyen las diferencias en el acceso a los cuidados dentales entre los niños pequeños asegurados en Medicaid en Washington y señala la importancia de expandir el programa ABCD a otros estados. *Pediatrics*. 2009;124:e120-e127.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3089

RESUMEN. Crecimiento prenatal e influencias posnatales tempranas en la excitabilidad cortical motora adulta. Julia B. Pitcher, BAppSc, BSc, PhD, Alexandra L. Robertson, BBiomedSci, Richard A. Cockington, MBBS, MSc, MPH, FRACP, y Vivienne M. Moore, BSc, MPH, PhD.

Objetivo. El crecimiento prenatal subóptimo puede influir negativamente en el desarrollo neurofisiológico motor y predisponer al individuo a un mayor riesgo de trastornos neurodegenerativos posteriormente. Investigamos las influencias del crecimiento prenatal y el ambiente posnatal en la función cortical motora en los adultos jóvenes.

Métodos. Se utilizó una estimulación magnética transcranial para crear curvas de estímulo-respuesta corticoespinal para 35 adultos jóvenes (media de edad: $28 \pm 0,5$ años; 19 varones) nacidos con ≥ 37 semanas de gestación. Se calculó el centil de peso al nacer en relación con la talla materna, paridad, etnia, género y gestación. La fuerza de agarre de la mano y la destreza se midieron por separado. Los análisis de regresión valoraron la influencia de los factores prenatales (centil de peso al nacer y gestación) y posnatales (índices socioeconómicos y educación materna) en las puntuaciones de los parámetros corticoespinales, fuerza y habilidad.

Resultados. El bajo peso al nacer se asoció con asimetría interhemisférica aumentada en el umbral motor y pendiente de la curva estímulo cortical-respuesta aumentada. Una gestación corta predijo una gran área bajo esta curva en la mano derecha. El alto umbral motor se predijo por una mayor adversidad medioambiental al principio de la vida posnatal, pero no por factores prenatales. Un centil de alto peso al nacer y el menor umbral motor se asociaron con mayores logros educativos.

Conclusiones. Un mal crecimiento en útero y una prematuridad leve se asociaron con una excitabilidad corticoespinal alterada en la vida adulta. Un ambiente posnatal precoz con menor desventaja socioeconómica posnatal temprana y tener una madre con una educación escolar completa mejora esto parcialmente. Mientras que el desarrollo cortical alterado tiene algunas consecuencias funcionales evidentes aún en la vida adulta, puede haber un impacto negativo adicional tardío en los cambios relacionados con la edad en la función motora. *Pediatrics*. 2009;124:e128-e136.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1638

RESUMEN. Exposición antibiótica intraparto y mortalidad y morbilidad neonatal precoz en África. George Kafulafula, MBBS, FCOG (SA), MMed, Anthony Mwatha, MS, Ying Qing Chen, PhD, Said Aboud, MD, Francis Martinson, MD, PhD, Irving Hoffman, PA, MPH, Wafaie Fawzi, MD, DRPH, Jennifer S. Read, MD, MS, MPH, Megan Valentine, PA-C, MS, Kasonde Mwinga, MBChB, MMed, MPH, Robert Goldenberg, MD, y Taha E. Taha, MD, PhD.

Antecedentes. Los niños nacidos de mujeres que recibieron antibióticos intraparto tienen mayores índices de morbilidad y mortalidad infecciosa que los niños no expuestos.

Objetivo. Nuestro objetivo fue determinar la asociación de antibióticos intraparto maternos y la morbilidad y mortalidad precoz neonatal.

Métodos. Realizamos un análisis secundario de datos de un estudio clínico multicéntrico, aleatorizado, controlado con placebo, de antibióticos para prevenir la corioamnionitis asociada a la transmisión materno-infantil del VIH-1 y

el nacimiento pretérmino en el África subsahariana. Se analizó la morbilidad y mortalidad precoz neonatal. En un análisis por intención de tratar (AIT), se compararon los niños nacidos de mujeres asignadas aleatoriamente a antibióticos o placebo. Además, se realizó un análisis no AIT porque algunas mujeres recibieron antibióticos que no eran del estudio para varias indicaciones clínicas.

Resultados. En total, se distribuyeron aleatoriamente 2.659 mujeres embarazadas. De éstas, 2.466 mujeres infectadas por VIH-1 y no infectadas parieron 2.413 niños vivos y 84 nacidos muertos. En el AIT no hubo asociaciones significativas entre la exposición a antibióticos y los resultados neonatales precoces. El análisis por no AIT mostró más enfermedades al nacer (11,2% vs. 8,6%, $P = 0,03$) y más ingresos en la unidad de cuidados especiales infantiles (12,6% vs. 9,8%, $P = 0,04$) entre los niños expuestos a antibióticos maternos intraparto que entre los niños no expuestos. Los análisis adicionales indicaron mayor morbilidad y mortalidad neonatal precoz entre los niños de madres que recibieron antibióticos que no eran del estudio que de las madres que recibieron antibióticos del estudio.

Conclusiones. No existe asociación entre la exposición intraparto a los antibióticos y la mortalidad o morbilidad neonatal precoz. Las asociaciones observadas en el análisis no AIT son el resultado de mujeres con enfermedades preparto en las que fue más probable la administración de antibióticos que no eran del estudio. *Pediatrics*. 2009;124:e137-e144.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1873

RESUMEN. ¿Se le debe practicar a un niño con lesión craneal un escáner TC craneal? Revisión sistemática de las reglas de predicción clínicas. Jonathon L. Maguire, MSc, MD, FRCPC, Kathy Boutis, MD, MSc, FRCPC, Elizabeth M. Uleryk, BA, MSc, Andreas Laupacis, MD, MSc, FRCPC, y Patricia C. Parkin, MD, FRCPC.

Contexto. Dados los riesgos asociados a la radiación y la sedación, existe incertidumbre sobre a qué niños con traumatismo craneal se les debe realizar una tomografía computarizada (TC) craneal. Una regla de predicción clínica de alta calidad y alta realización podría disminuir esta incertidumbre.

Objetivo. Revisar sistemáticamente la calidad y rendimiento de las reglas de predicción clínicas publicadas para lesión intracraneal en niños con traumatismo craneal.

Métodos. Se buscó en Medline y en Embase en diciembre de 2008. Se seleccionaron los estudios que incluían predictores clínicos que implicaban a niños de 0 a 18 años con historia de lesión craneal. La calidad de la regla de predicción se valoró utilizando los 14 temas previamente publicados. La realización de la regla de predicción se evaluó por la sensibilidad de la regla y la frecuencia predicha de TC si se utilizaba la regla.

Resultados. Se valoraron un total de 3.357 títulos y resúmenes, y se identificaron 8 reglas predictoras. Para todos los estudios, se comunicaron las reglas de derivación; ningún estudio validó una regla en una población separada ni valoró su impacto en la práctica real. Las reglas diferían considerablemente en la población, predictores, resultados, calidad metodológica y rendimiento. Cinco de las reglas fueron aplicables a los niños de todas las edades y gravedades de los traumas. Dos de ellos eran de gran calidad (≥ 11

de 14 temas de calidad) y tenían un alto rendimiento (menores límites de confianza para sensibilidad $> 0,95$ y precisaban $\leq 56\%$ para realizar TC). Cuatro de las 8 reglas eran aplicables a niños con lesión craneal menor (puntuación de coma de Glasgow ≥ 13). Una de ellos tenía gran calidad (11 de 14 ítems de calidad) y alto rendimiento (límite de confianza inferior para sensibilidad = 0,94 y precisaba un 13% para realizar TC). Cuatro de las 8 reglas eran aplicables a los niños pequeños, pero ninguna mostró adecuada calidad o rendimiento.

Conclusiones. Se identificaron 8 estudios de derivación de reglas-predicción, que variaban considerablemente en la población, calidad metodológica y rendimiento. Deben realizarse posteriores esfuerzos dirigidos hacia la validación de reglas con alta calidad y rendimiento en otras poblaciones y hacia la derivación de una regla de alta calidad y alto rendimiento para niños. *Pediatrics*. 2009;124:e145-e154.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0075

RESUMEN. Vías para la aprobación de dispositivos cardíacos pediátricos en Estados Unidos: desafíos y soluciones. Robert H. Beekman, III, MD, Brian W. Duncan, MD, MBA, Donald J. Hagler, MD, Thomas K. Jones, MD, John D. Kugler, MD, John W. Moore, MD, MPH, y Kathy J. Jenkins, MD, MPH, en nombre del Workgroup on Pediatric Cardiac Devices, Section on Cardiology and Cardiac.

Los pacientes tratados por los cardiólogos pediátricos intervencionistas y los cirujanos pediátricos a menudo no tienen cubiertas sus necesidades de dispositivos médicos, lo que plantea un desafío para la actual evaluación legal y proceso de aprobación en Estados Unidos. En este informe revisamos el actual proceso regulador de la US Food and Drug Administration, revisamos algunos aspectos únicos de la cardiología y cirugía pediátricas que plantean retos a este proceso, y comentamos las posibles vías alternativas para la evaluación y aprobación de los dispositivos cardíacos para niños. Los niños merecen beneficiarse de tecnología y dispositivos cardíacos nuevos y precisos diseñados expresamente para sus enfermedades. *Pediatrics*. 2009;124:e155-e162.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-3726

RESUMEN. Valorar el estado funcional de los niños hospitalizados. Fola Odetola, MD.

Pediatrics. 2009;124:e163-e165.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0859

RESUMEN. Declaración política: Equipamiento para ambulancias. American College of Surgeons Committee on Trauma, American College of Emergency Physicians, National Association of EMS Physicians, Pediatric Equipment Guidelines Committee – Emergency Medical Services for Children (EMSC) Partnership for Children Stakeholder Group, American Academy of Pediatrics.

Pediatrics. 2009;124:e166-e171.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1094