

Comentario de los autores a la Carta al Editor: «Cráneo en trébol y fisura facial bilateral: cuidados adicionales»



Comments by the authors to the Letter to the Editor: «Cloverleaf skull and bilateral facial clefts: Additional care»

El artículo «Cráneo en trébol y fisura facial bilateral» describe el caso clínico de una niña sometida a varios procedimientos quirúrgicos como la enucleación de ambos globos oculares, queiloplastia y palatoplastia con afrontamiento de tejidos faciales, nasales y maxilares. Recibió terapia antibiótico-profiláctica con cefazolina por vía intravenosa durante 10 días, y luego tratamiento con cefuroxima por vía oral durante 15 días más^{1,2}. Recibió además soporte nutricional, terapia de estimulación orofacial y de deglución hasta el alta. Están pendientes otras cirugías reconstructivas orofaciales y el cambio del sistema de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia asociada a craneosinostosis. Como se comenta en la carta al editor, el manejo es multidisciplinario³⁻⁵.

Referencias

1. García Heladia J, Rodríguez-Medina X, Franco-Gutiérrez M, Miranda-Novales G, Villegas-Silva R. Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en recién nacidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev Invest Clin.* 2005;57:425-33.
2. Salkind AR, Rao KC. Profilaxis antimicrobiana para prevenir infecciones en la herida quirúrgica. *Rev Soc Bol Ped.* 2011;50:25-9.
3. Capella D. Defectos orofaciales: Fisura labiopalatina. CERPO, Chile.
4. Pérez AP. Pacientes fisurados. *Rev Esp Ortod.* 2015;45:127-8.
5. Renault F. Trastornos de la succión-deglución del recién nacido y el lactante. *EMC-Pediatría.* 2012;47:1-7.

Denisse Alvarez-Manassero^{a,b}
y Gioconda Manassero-Morales^{a,c,*}

^a Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^b Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^c Servicio de Genética, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manassero.gioconda@gmail.com
(G. Manassero-Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.009>

Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación



Inclusion and exclusion criteria. Beyond the publication

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el estudio publicado por Conca et al.¹, cuyo objetivo fue determinar las causas infecciosas de meningitis y encefalitis en niños, mediante técnicas de microbiología convencional y de biología molecular. Quisiéramos hacer algunos comentarios al respecto:

En primer lugar, los autores incluyeron pacientes pediátricos entre 0-14 años que se presentaron con fiebre asociada a síntomas y signos neurológicos como convulsiones y compromiso del estado de conciencia y/o pleiocitosis del LCR.

Es evidente que los criterios de inclusión no son específicos y dan *chance* a la inclusión de pacientes con diversas características, lo que aumenta la variabilidad clínica. La composición de la muestra de un estudio en particular no inicia con un proceso de selección aleatorio; más importante es la construcción conceptual (basada en la revisión de la literatura) que se consigue mediante una pregunta de investigación interesante para la comunidad científica y relevante en la práctica clínica, y con la creación de criterios de inclusión y exclusión específicos, cimentados en el estado del arte del tema estudiado. Por ejemplo, los autores incluyeron pacientes con convulsiones febriles, pero no

discriminaron entre convulsión febril simple y compleja, lo que es importante para definir conducta y pronóstico dado que la Academia Americana de Pediatría establece criterios claros de realización de punción lumbar (como método diagnóstico para identificar meningitis) en niños entre 6-60 meses si se cumplen una serie de condiciones específicas²: a) Niños que se presentan con una convulsión febril simple y con signos meníngeos (rigidez nuchal, signo de Kernig y/o Brudzinski) o aquel con una historia clínica que sugiera meningitis o infección intracraneana; b) En niños de entre 6-12 meses, la punción lumbar es una opción si el niño se considera no vacunado contra *H. influenzae* tipo B o *S. pneumoniae* y, c) La punción lumbar es una opción en niños con convulsión febril simple que han sido tratados previamente con antibióticos. Estos criterios se basan en el axioma de que el riesgo de presentar infecciones del sistema nervioso central es muy bajo en niños que se presentan solo con una convulsión febril simple³. Adicionalmente los autores ignoraron que la etiología de las infecciones del sistema nervioso central en niños va a depender, en gran medida de la edad y la ruta de adquisición.

La construcción conceptual de los criterios de inclusión y exclusión no solo es importante para fortalecer la calidad académica de los estudios, además es importante para fortalecer la calidad metodológica y, en consecuencia, la aplicabilidad de los resultados. En este sentido, la información para determinar la validez interna del estudio y por ende su validez externa, se provee en las secciones de métodos y resultados. En la sección de métodos, los criterios de inclusión y exclusión (claramente definidos y construidos sobre bases científicas) pueden ayudar

a identificar la población a la cual se aplican los resultados. Identificar esa población es clave si se quieren aplicar los resultados del estudio a otras poblaciones, ya que al examinar las características de los participantes de un estudio, los lectores podrán estimar la probabilidad de obtener resultados similares en sus propios pacientes⁴. Por otro lado, cabe recordar que lo anteriormente descrito va estrechamente asociado con el tipo de diseño escogido y desarrollado para responder la pregunta de investigación, y es claro que para preguntas de causalidad, los mejores diseños serían los experimentos clínicos y en su defecto, los estudios de cohortes, que no fueron escogidos en este caso.

Finalmente, quisiéramos invitar a la comunidad científica en el área de infectología pediátrica a construir estudios que ayuden a mejorar el pronóstico de la historia natural de las enfermedades y que se basen en una juiciosa revisión de la literatura disponible.

Referencias

1. Conca N, Santolaya ME, Farfan MJ, Cofré F, Vergara A, Salazar L, et al. Diagnóstico etiológico en meningitis y encefalitis por técnicas de biología molecular. *Rev Chil Pediatr.* 2016;87:24–30.
2. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics.* 2011;127:389–94.
3. Najaf-Zadeh A, Dubos F, Hue V, Pruvost I, Bennour A, Martinot A. Risk of bacterial meningitis in young children with a first seizure in the context of fever: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8:e5527.
4. Rothman KJ, Greenland S, Lash T. *Modern Epidemiology.* Cali: Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2005. p. 896.

Ramiro Manzano Nunez^{a,*}
y Herney Andrés García Perdomo^{a,b}

^a Universidad del Valle, Grupo de Investigación UROGIV, Cali, Colombia

^b Grupo Asociado Cochrane

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

ramiro.manzano@correounivalle.edu.co

(R. Manzano Nunez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.003>

Respuesta a la Carta al Editor: Diagnóstico etiológico en meningitis y encefalitis por técnicas de biología molecular



Reply to Letter to the Editor: Aetiological diagnosis in meningitis and encephalitis using molecular biology techniques

Sr. Editor:

Hemos leído la carta enviada por el Dr. Ramiro Manzano, de la Universidad del Valle, con gran interés. Nos parece que su análisis respecto a los criterios de inclusión en investigación es adecuado y de gran utilidad, para todos los que realizamos trabajo tanto clínico como de investigación.

Nos permitimos comentarle los motivos profundos que generan la realización de este trabajo. Nuestro grupo tiene labores de investigación, pero también se encuentra inserto en la labor asistencial de un hospital pediátrico de alta complejidad. Una de las dificultades que habíamos observado en los diferentes servicios es que muchos de nuestros colegas no habían reparado en la utilidad de la biología molecular para la mejoría del rendimiento en el diagnóstico etiológico de las meningoencefalitis. Esto se agrega a que las infecciones del SNC, que se encuentran bastante bien delimitadas, en la literatura científica, tienen una presentación inicial diversa e inespecífica que ocasionalmente hace difícil dilucidar el diagnóstico correcto de forma precoz. Efectivamente las presentaciones clínicas de las infecciones del SNC son diferentes según edad, estado de inmunización y epidemiología de cada país o región, y no es fácil saber anticipadamente a

que entidad se ve enfrentado el clínico en una consulta por morbilidad aguda.

La biología molecular ha demostrado ser un aporte en diferentes estudios, no solo para mejorar el diagnóstico etiológico, permitiéndonos identificar presentaciones atípicas de los diferentes agentes, sino que también nos permite, en pocas horas, iniciar una terapia adecuada (p. ej., encefalitis herpética), suspender antimicrobianos innecesarios, dar un sello pronóstico a la enfermedad e incluso disminuir los costos asociados a hospitalizaciones prolongadas (Ramers C. *JAMA.* 2000;283:2680-2685)

Por todo lo anterior consideramos que, aun adhiriendo a los comentarios realizados por el Dr. Manzano y su equipo, la fortaleza de este trabajo es que integra a la práctica clínica diaria, en un ambiente real, la necesidad de técnicas diagnósticas que mejoren los aspectos antes descritos, cuando se adicionan a los métodos microbiológicos clásicos. En nuestra América Latina sabemos que los estándares de atención varían en las diferentes regiones, y creemos que es deber de los clínicos presionar para que la atención de nuestros pacientes sea la mejor a la que se pueda optar, buscando que exista equidad respecto del acceso al diagnóstico y tratamiento. Es por eso que nos parece que este trabajo aporta, en recordar a los médicos que trabajan en diferentes entornos y con diferentes condiciones, que los avances tecnológicos ponen a nuestra disposición nuevas técnicas que mejoran el rendimiento de las muestras que habitualmente tomamos y nos permiten llegar a un diagnóstico etiológico en casos donde antes solo tendríamos una presunción razonable. Unido a lo anterior, es necesario trabajar, además, en educar a los equipos de salud para mejora la comprensión sobre estas nuevas técnicas, la manera de mejorar el análisis de sus resultados para que todo redunde en un solo objetivo final, que es la óptima atención de nuestros pacientes.