

Informes SIIC

ASPECTOS DE LA OSTEOMIELITIS HEMATOGENA AGUDA Y LA ARTRITIS SEPTICA EN NIÑOS

Estudio retrospectivo de 149 casos

Nueva Gales del Sur, Australia :

El *Staphylococcus aureus* continúa siendo el agente más frecuentemente identificado como causal de la osteomielitis hematogena aguda y la artritis séptica adquiridas fuera del ámbito hospitalario, y su cepa resistente a la metilina parece ser la responsable en un significativo porcentaje de niños.

Fuente científica:

[**Journal of Paediatrics and Child Health** 41(1-2):59-62, Ene 2005] – aSNC

Autores

Goergens E, McEvoy A, Watson M y Barrett I

El organismo más frecuente entre los causantes de osteomielitis hematogena aguda (OHA) y artritis séptica (AS) parece el *Staphylococcus aureus* (SA).

El espectro de la OHA y la AS ha cambiado a través de los años. Cuando se introdujo la penicilina en el año 1944, la tasa de mortalidad de estos cuadros bajó a 1% o menos, y la incidencia de OHA en particular también descendió. El tratamiento básico para ambas entidades son los antibióticos, administrados en la dosis apropiada a las sensibilidades del organismo causal. Los autores del presente trabajo han observado un cambio aparente en el patrón de organismos causales de estos cuadros en los niños internados en su institución; en particular, han notado una emergencia de cepas resistentes. El objetivo de este artículo fue analizar una serie de casos de niños con OHA y AS, describir los organismos responsables en la actualidad de estas entidades, comparar los actuales datos con los correspondientes a estudios previos y evaluar las actuales normas de tratamiento antibiótico en vigencia en su país, Australia, para su población pediátrica.

Se llevó a cabo una revisión de todos los casos de niños menores de 16 años internados en el hospital de los autores con diagnóstico de OHA o AS, entre los años 1998 y 2002. Sólo fueron considerados los casos donde la infección fue adquirida fuera del ámbito hospitalario.

Durante el período considerado, un total de 120 511 niños fueron internados en la institución analizada; de éstos, 102 casos fueron OHA y 47, AS. El organismo causal fue identificado por hemocultivo o por biopsia del tejido afectado en el 45% de los casos de OHA y en el 38% de los niños con AS. El organismo más frecuentemente identificado como causal fue el SA, aislado en el 76% de los casos de OHA y en el 39% de los de AS; por su parte, el SA resistente a la Metilina fue el germen responsable en el 9% de los casos de OHA y en el 6% de los de AS. No se identificaron casos causados por *Haemophilus influenzae* (HI) ni por *Kingella kingae*. La mayoría de los niños con OHA (66%) recibió sólo tratamiento médico, no quirúrgico, con antibióticos de administración en primer lugar intravenosa y posteriormente oral; por su parte, al 34% se lo trató quirúrgicamente para drenar el pus. En contraste, el 74% de los niños con AS fue sometido a por lo menos un procedimiento quirúrgico con el objeto de drenar el pus de las articulaciones comprometidas.

Los autores concluyen que el SA continúa siendo el principal agente causal de la OHA y la AS, aunque destacan la actual incidencia de casos provocados por el SA resistente a la Metilina y adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Las actuales normas vigentes en Australia recomiendan el uso sólo de la flucloxacilina en el tratamiento empírico tanto de la OHA como de la AS en los niños que han sido inmunizados contra el HI de tipo b, recomendaciones que son apoyadas por el presente estudio.

PAUTAS DE ALIMENTACION Y RIESGO DE MORTALIDAD EN LOS LACTANTES

Estudio multicéntrico de cohortes en poblaciones de India, Ghana y Perú

Ginebra, Suiza :

Existe riesgo alto de mortalidad infantil asociado con la falta de lactancia natural, pero no hay diferencias significativas del riesgo de muerte entre los niños amamantados en forma exclusiva o predominante. AUTOR = Bahl R, Frost C, Kirkwood B y colaboradores

Fuente científica:

[**Bulletin of the World Health Organization** 83(6):418-425, Jun 2005] – aSNC

Existe un riesgo alto de mortalidad infantil asociado a la ausencia de lactancia natural, pero no hay diferencias significativas entre el riesgo de muerte de los niños amamantados exclusivamente con leche materna y los que lo hicieron predominantemente de este modo.

Los niños que son amamantados en forma exclusiva o predominante tienen menor riesgo de muerte para las infecciones, que los niños alimentados en forma parcial con leche materna. Con el objetivo de determinar la relación existente entre diferentes pautas de alimentación de los lactantes (lactancia materna como alimentación exclusiva, predominante, parcial o nula) y la mortalidad durante la primera infancia, se realizó un estudio secundario de los datos aportados por un ensayo multicéntrico sobre la administración de suplementos de vitamina A en poblaciones de Ghana, India y Perú.

En el estudio participaron 9224 pares de madres y lactantes, que fueron visitados en sus viviendas hasta que los niños cumplieron el año. En cada visita se preguntaba a las madres cómo habían alimentado a su hijo durante la última semana y se recopilaba información sobre las muertes u hospitalizaciones que se hubieran producido entre las 6 semanas y los 6 meses de vida de los lactantes.

Los principales hallazgos del estudio fueron los siguientes: no se observó diferencia significativa entre el riesgo de muerte de los niños amamantados con alimentación materna exclusiva y los alimentados en forma predominante (el lactante ingiere otros líquidos pero no leche animal ni sólidos), y por otro lado los lactantes no amamantados presentaron un riesgo de muerte mayor que los alimentados en forma predominante o parcial (leche materna más leche animal o sólidos). El riesgo mayor para la lactancia materna exclusiva reside en la posibilidad de transmisión del virus HIV.

Estos resultados tienen consecuencias importantes, por un lado se debe tener en cuenta el riesgo alto de mortalidad asociado a la ausencia de lactancia natural cuando se va a informar a la madre infectada con HIV las opciones de alimentación a sus lactantes. Por otra parte, el hallazgo de riesgo de muerte semejante para los lactantes con lactancia materna exclusiva y predominante, sugiere que en poblaciones con tasas de lactancia natural elevadas, las actividades de promoción deben dirigirse a mantener esas tasas y no intentar forzar un cambio de lactancia materna predominante a exclusiva.

EVALUACION DE LAS NEUMONIAS COMO CAUSA DE MUERTE NEONATAL

Se analiza la patología como causa de muerte en el período neonatal, principalmente en los países en desarrollo

Parkville, Australia :

El autor realiza una reseña sobre la neumonía neonatal, su definición, los factores predisponentes, los signos y síntomas prevalentes, los posibles hallazgos clínicos maternos y radiológicos fetales, y los tratamientos recomendados y alternativos

Fuente científica:

[**Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Editon** 90(3):211-219, May 2005] – aSNC

Autores
Duke T

Aproximadamente tres millones novecientos mil neonatos fallecen por año. Más del 96% de las muertes ocurren en países en desarrollo, y la neumonía es una de las causas más frecuentes, principalmente en la clase social más pobre. El mayor riesgo de muerte por neumonía, en la infancia, se presenta en el período neonatal, es decir en los primeros 28 días desde el nacimiento. La mortalidad se asocia con el peso al nacer y la edad al momento del diagnóstico.

El porcentaje de alteraciones respiratorias neonatales, provocadas por esta enfermedad, dependerá del tipo de población, la edad gestacional de los niños, la disponibilidad de terapia intensiva neonatológica y de la definición de la patología. La etiología depende principalmente de la edad gestacional al momento del diagnóstico; los bacilos Gram negativos predominan en la primera semana de vida, mientras que posteriormente los gérmenes Gram positivos son los más frecuentemente aislados. El *Streptococcus pneumoniae* causa aproximadamente el 25% de las neumonías neonatales.

La definición de esta patología incluiría la presencia de algunos de los siguientes síntomas: distrés respiratorio, ya sea incremento de la frecuencia ventilatoria, dificultad para respirar, presencia de tiraje o tos, con cultivo de sangre positivo.

Los factores predisponentes serían: la presencia de fiebre materna mayor de 38 grados, la ruptura prematura de membranas de más de 24 horas, y el líquido amniótico fétido.

Los síntomas clínicos de sepsis serían: el letargo, los reflejos disminuídos, la hipotermia o hipertermia, la distensión abdominal y escaso apetito; mientras que el laboratorio suele mostrar eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas, leucocitosis o leucopenia. Los hallazgos radiológicos sugestivos de neumonía son: la presencia de un patrón nodular, granular, broncograma aéreo, consolidación lobar o segmentaria, y aquellas modificaciones presentes en la radiografía de tórax que no desaparecen dentro de las 48 horas.

En relación con el tratamiento, no existen ensayos aleatorizados publicados, razón por la que las decisiones deberían basarse en los patrones de resistencia local, los costos, los beneficios y en la disponibilidad de diversos esquemas de fármacos antibióticos. La OMS recomienda administrar ampicilina (50mg/kg) cada 12 horas en la primera semana de vida, y cada 8 horas, posteriormente, junto con una dosis diaria de gentamicina. Otras alternativas serían la amoxicilina y la kanamicina o la estreptomycinina. Cuando se sospecha infección por estafilococo, se administrará cloxacilina o flucloxacilina.

El autor enfatiza la necesidad de intervenciones que disminuyan la tasa de mortalidad neonatal por neumonía, a fin de alcanzar importantes beneficios, tanto en la salud materna, como en el tratamiento de otras patologías neonatales frecuentes, y reducir los índices de morbilidad en los adultos y niños a largo plazo.

PESQUISA ECOGRAFICA PARA DISPLASIA DE CADERA DENTRO DE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA

Se ha responsabilizado al método de producir excesos de tratamientos

York, Reino Unido :

La conveniencia o no del empleo de ecografía de cadera dentro de la primera semana de vida es objeto de discusión, si bien se demostró que es eficaz para evitar llegar a tratamientos quirúrgicos

Fuente científica:

[**BMJ** 330(7505):1413-1415, Jun 2005] – aSNC

Autores

Woolacott N, Puhan M, Steurer J y Kleijnen J

En la actualidad se dispone de numerosas estrategias de pesquisa para la detección precoz de la displasia de cadera en recién nacidos, desde la investigación clínica hasta el empleo de métodos complementarios de diagnóstico. La ecografía de cadera es actualmente el único medio fiable de diagnóstico antes de los 3 meses de edad, ya que permite visualizar el cartílago articular y obtener un panorama dinámico de la posición de la cabeza femoral en relación con el acetábulo. Esta circunstancia originó que se propusiera la pesquisa con ecografía para detectar precozmente una posible displasia de cadera en el neonato. Sin embargo, otros investigadores sugieren que el procedimiento debe realizarse después de los 2 meses de vida, debido a que, algunas caderas con imágenes ecográficas patológicas se desarrollaban con normalidad. Quienes están a favor alegan que un tratamiento temprano mejora sensiblemente el pronóstico. Por contrapartida, quienes se oponen arguyen que se produce un exceso de diagnósticos y por consiguiente, un exceso de tratamientos, que no producen ningún beneficio.

Debido a esta disparidad de criterios, los autores realizaron una revisión sistemática para determinar si la pesquisa ultrasonográfica dentro de los primeros días de vida, es útil para evitar complicaciones futuras por displasia de cadera. Llegan a concluir que, pese a que no hay evidencia sobre la conveniencia o no de la pesquisa con ecografía, debe considerarse que la ultrasonografía, aunque fomente los excesos de tratamiento, disminuye considerablemente los tratamientos quirúrgicos realizados por diagnóstico tardío de la displasia de cadera.

Para arribar a estas conclusiones, evaluaron los resultados de 188 estudios. En todos ellos se encontró un incremento significativo de los pacientes tratados, pero un hecho destacado lo constituyó el descenso de la incidencia de tratamiento quirúrgico para la corrección de la displasia. Asimismo, 2 investigaciones, hacían hincapié en la duración del tratamiento, y distinguían que los tratamientos eran de menor duración si el diagnóstico se hacía tempranamente.

De la literatura investigada, concluyen los autores, surgen 3 eventos de importancia. Primero, no hay suficientes datos que confirmen la eficacia del rastreo con ultrasonografía para displasia de cadera dentro de la primera semana de nacido. Segundo, la ecografía produce exceso de diagnósticos y por consiguiente, excesos de tratamientos, pero, como evento final, la pesquisa con ecografía en edades tempranas se muestra eficaz para evitar tratamientos quirúrgicos por diagnóstico tardío de la displasia.

LA PROMOCION DEL ODIOS COMO FORMA DE ABUSO PSICOLOGICO

Inculcar el odio en los niños sería considerado una forma de abuso psicológico

Farmington Hills, EE.UU :

El autor demuestra cómo, al provocar conductas y acciones violentas, la enseñanza del odio se convierte en una forma más de abuso psicológico.

Fuente científica:

[**Clinical Pediatrics** 44(2):143-150, Mar 2005] – aSNC

Autores

Katzman G H

Inculcar determinados sentimientos tales como el odio puede ser considerado como una forma de abuso psicológico (AP).

El odio es definido como una intensa aversión, disgusto y enemistad. La definición de odio cobra importancia cuando se considera que es AP enseñar a odiar a los niños. Si definimos AP como una conducta inapropiada persistente, que daña o deteriora el potencial de desarrollo de facultades y procesos mentales cruciales de un niño, tales como la inteligencia, la memoria, la atención, el lenguaje, estamos en condiciones de afirmar que, aquellos niños a los que se les enseña a odiar a diversos grupos por motivos de raza, religión o nacionalidad, tendrían un desarrollo moral perturbado. Esto cobra importancia a la luz de acciones y discursos violentos producto del odio inculcado, por lo que sería de suma importancia poder definir el concepto de desarrollo moral aceptable a fin de tomar acciones preventivas al respecto.

La moral se relaciona con las creencias y prácticas en relación con el comportamiento y conductas para con otras personas, instituciones, la sociedad en su conjunto y otras formas de vida u objetos inanimados; por lo que la conducta se define así en términos de virtudes y vicios. La moral en la sociedad se encuentra determinada por la ley, la historia, las creencias religiosas, las tradiciones, la educación, las experiencias familiares, etc, razón por la cual el autor realiza una revisión de varias de estas fuentes de enseñanza. La religión, ya sea la católica, la judía y aún el islamismo, promulga la igualdad, la tolerancia y el respeto.

También desde la filosofía se demuestra la importancia de la virtud y de la adquisición de determinados rasgos, tales como el coraje, la generosidad y el temperamento. Pero no sólo en la religión y la filosofía encontramos expresiones que abogan en pos de la enseñanza de estas cualidades, sino que, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Convención por los Derechos del Niño, también se redactaron artículos con principal atención en el cuidado y protección de sus derechos.

Opuesto a todo lo dicho anteriormente, están quienes afirman que, bajo determinadas circunstancias, la opresión y matar a otro ser humano estarían permitidos. Sería imposible vivir en un mundo en el que predominen estas características, por lo que inculcar el odio a los niños es considerado inmoral.

Estos niños no podrían desarrollar rasgos como la tolerancia, el respeto por la vida, por las diferencias individuales y la comprensión mutua, lo que les provocaría un deterioro en su desarrollo moral. De esta manera la perturbación de este desarrollo se vería contemplada en la definición de abuso psicológico.

El autor propone una serie de acciones, a saber, la creación de programas para niños basados en las relaciones humanas, la aplicación de la ley, basándose en la Convención por los Derechos del Niño y la identificación y eliminación de aquellas instituciones que promuevan el odio.

Por último recalca la importancia de programas educacionales en los colegios a fin de propiciar el desarrollo saludable de la moral y evitar influencias autodestructivas.

EFECTOS DEL CUIDADO MATERNO TIPO CANGURO EN LOS NEONATOS DE BAJO PESO AL NACER

Análisis del impacto de sus tres componentes principales

Bogotá, Colombia :

Veinticinco años después de la creación del cuidado materno tipo canguro de los neonatos con bajo peso al nacer, se ha demostrado que esta intervención es efectiva y segura para la reducción de la morbilidad y mortalidad de los niños que la reciben.

Fuente científica:

[**Acta Paediatrica** 94(5):514-522, May 2005] – aSNC

Autores

Charpak N, Ruiz J, Zupan J y colaboradores

El Cuidado Materno tipo Canguro (CMC) fue inicialmente concebido como una alternativa al cuidado hospitalario mínimo de niños prematuros de bajo peso al nacer (BPN); actualmente, este método es considerado como la intervención más viable y rápidamente disponible para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal de los países en desarrollo.

El CMC ha sido empleado para involucrar a las madres en particular y a las familias en general, de manera directa, en el cuidado del niño, y representa una forma de humanización del cuidado neonatal, a través de la promoción del vínculo madre-hijo y de la lactancia materna, dos elementos esenciales para la supervivencia y el desarrollo óptimo de los niños de BPN. Esta intervención fue creada en el año 1978 por el pediatra colombiano Edgar Rey debido a la falta de incubadoras y el abandono de niños en su hospital; en aquel tiempo, no podría imaginarse el impacto que esta técnica tendría en todo el mundo, 25 años después. En el presente artículo, sus autores analizan los tres componentes del CMC (posición, nutrición y políticas de egreso hospitalario temprano y seguimiento cercano), los usos de cada uno en los diferentes contextos y los indicios científicos de su eficacia.

La posición canguro consiste en el contacto piel con piel entre la madre y el niño en una posición estrictamente vertical, entre los pechos maternos y por debajo de su ropa. Este contacto debe comenzar tempranamente, y la separación entre la madre y su hijo debería evitarse mientras sea posible. Se han demostrado dos resultados fisiológicos de la posición de canguro, y éstos se refieren a cambios en la temperatura y en el peso corporal; la temperatura aumenta hasta 1º C luego de una sesión de 1 a 2 horas de posición de canguro.

También provoca que los bebés se tranquilicen y adormezcan durante las sesiones, usualmente quedándose dormidos. El compromiso cercano de los padres en el cuidado de sus hijos refuerza la conexión con ellos, particularmente cuando los padres perciben a sus niños como frágiles. La nutrición canguro consiste en la provisión de nutrición tan pronto como la alimentación oral sea posible, aún en la sala de partos; se basa en la lactancia materna exclusiva, por succión directa, en un principio a través de un estricto horario (cada 2 horas), hasta que el crecimiento del niño sea adecuado y los horarios puedan acomodarse a sus demandas. El egreso hospitalario temprano en la posición de canguro es uno de los componentes originales del CMC; si esto no es posible, la madre y el niño pueden quedarse juntos en una sala de cuidados mínimos (llamadas "pabellones de canguro") hasta que el egreso sea seguro. Hasta el momento, sólo se realizó un ensayo aleatorizado acerca del egreso temprano y el seguimiento ambulatorio cercano de los bebés con CMC hasta el logro de una tasa de ganancia de peso apropiada a la edad posconcepcional de 40 semanas; este estudio demostró, en los niños bajo esta intervención, índices de crecimiento y desarrollo similares a los de los niños en una unidad neonatal clásica, menor morbilidad infecciosa y mejor calidad del vínculo madre-hijo. El CMC puede ser aplicado en tres contextos principales: aquellos con un nivel de desarrollo muy bajo y acceso restringido a cualquier grado de cuidado neonatal; aquellos con recursos apropiados pero insuficientes para la cantidad de nacimientos prematuros; y los que no tienen restricción al acceso al cuidado neonatal de alta tecnología.

Los autores concluyen que los beneficios atribuibles al CMC han excedido al campo para el que fue creado, es decir, a un contexto de superpoblación en unidades neonatales pobres en equipos y personal y excedidas de carga de trabajo. Uno de sus efectos más inmediatos es prevenir la separación prolongada entre la madre y su hijo de BPN, la cual contribuye a la morbilidad, un volumen insuficiente de leche materna, un crecimiento pobre y una mala calidad del vínculo.