



J PEDIATR 2010;157(2):215-20

Percepciones de los padres, el personal de enfermería y los médicos sobre las prácticas de cuidados intensivos neonatales

Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices

Latour JM, Hazelzet JA, Duijvenvoorden HJ, van Goudoever JB.

Resumen

Objetivo. Identificar la satisfacción con los cuidados intensivos neonatales según los padres y los profesionales de la salud e investigar las similitudes y diferencias entre los progenitores y los profesionales de la salud.

Diseño del estudio. Se realizó un método Delphi de 3 rondas para identificar aspectos de la atención neonatal (ronda 1) y para determinar la importancia de estos aspectos (rondas 2 y 3) entre enfermeras (n= 84) y médicos (n= 14), seguido por una encuesta exploratoria entre los progenitores (n= 259). Las principales variables de desenlace fueron 92 ítems relacionados con la atención neonatal.

Resultados. Sesenta y ocho enfermeras y 13 médicos completaron las 3 rondas. La primera ronda arrojó 419 declaraciones relacionadas con la atención neonatal, que se agruparon en 92 ítems. La encuesta fue completada por 148 (57%) progenitores. Los padres clasificaron 25 de 92 ítems sobre la atención en forma significativamente más alta que lo que lo hicieron los profesionales (tamaño del efecto [d] de Cohen, 0,31 – 1,14, $p \leq 0,02$). Dos ítems relacionados con la administración de los medicamentos presentaron el mayor tamaño del efecto. Los profesionales calificaron 7 ítems significativamente más alto que lo que lo hicieron los padres (d de Cohen, -0,31 – -0,58, $p \leq 0,04$). Uno de ellos fue asignar un médico y una enfermera a los padres. Tres se relacionaron con la atención multicultural.

Conclusiones. Este estudio reveló disparidades entre los padres y el personal de las unidades de cuidados intensivos neonatales sobre diversos aspectos de la atención que reflejan discrepancias en reconocer los deseos de los padres.

Comentario

En la medicina actual se han dejado progresivamente de lado muchos de los imprescindibles principios humanísticos y son múltiples las razones que conspiran contra la absoluta necesidad de mantenerlos por encima de cualquier contingencia. Quizás, el mayor e ineludible compromiso que enfrentan los profesionales en el cuidado de la salud es la adecuada comunicación con los progenitores.

En las Unidades Neonatales este aspecto se ha deteriorado en proporción creciente; ello ocasiona desamparo en los padres, de por sí ya en una situación muy vulnerable al no poder participar en el cuidado de sus hijos, algo esencial para el ser humano. Varios motivos se relacionan con esto, pero un aspecto notable es que en la educación médica de hoy en día el tema de la comunicación con los pacientes, o padres, ocupa un espacio mínimo o inexistente, omisión que es imperativo corregir.

Los neonatólogos están sumamente informados de los últimos avances tecnológicos y conocen “al dedillo” cómo manejar un respirador, por más complejo que sea, pero no saben bien cómo comunicarse con los padres y, por ende, tampoco pueden ayudarlos pues desconocen sus necesidades.

El presente estudio evalúa, mediante métodos muy exhaustivos, cuál es la percepción sobre varios ítems del cuidado neonatal de los médicos y enfermeras y la compara con la de los padres. Encuentran diferencias muy notables que, en gran medida, señalan el desconocimiento de los profesionales acerca del sentir de los padres.

A mi juicio, estudios como este pueden ayudar mucho a que realmente se aplique en las unidades neonatales el cuidado centrado en la familia, tan declamado como poco puesto en práctica en la mayoría de ellas.

Dr. José M. Ceriani Cernadas
Servicio de Neonatología
Hospital Italiano de Buenos Aires

- Arockiasamy V, Holsti L, Albersheimt S. Fahers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. *Pediatrics* 2008;121(2):e215-22.
- Meyer EC, Brodsky D, Hansen AR, Lamiani G, et al. An interdisciplinary, family-focused approach to relational learning in neonatal intensive care. *J Perinatol* 2011; 31, 212-19.

MATERN CHILD HEALTH J 2010 Oct 7.
[Epub ahead of print]

Predictores de obesidad en la niñez, adolescencia y adultez en una cohorte de nacimiento

Predictors of obesity in childhood, adolescence and adulthood in a birth cohort

Rooney BL, Mathiason MA, Schauburger CW.

Resumen

El estudio se orientó a determinar cómo las características del embarazo, el parto y la primera infancia se relacionan con la presencia de obesidad en tres períodos críticos del desarrollo.

Las madres fueron seguidas durante el embarazo y sus recién nacidos hasta la edad de 10-15 años. Los datos de los niños se obtuvieron mediante revisión de sus historias clínicas. Se analizaron los datos maternos y de los niños a fin de predecir obesidad en la niñez (4-5 años), la adolescencia (9-14 años) y la juventud (19-20 años).

La cohorte original incluía 802 niños nacidos de 795 mujeres. Se excluyeron recién nacidos gemelares y los casos en que el niño o la madre hubieran fallecido (n= 25). Se siguieron 777 niños y en 68,5% de ellos se obtuvieron datos de altura y peso en la infancia, la adolescencia o la edad adulta temprana. El riesgo relativo (RR) de obesidad en la edad adulta fue de 12,3 y 45,1 para la presencia de obesidad en la niñez y la adolescencia, respectivamente. Se identificaron como predictores de obesidad en la edad adulta temprana: el antecedente de obesidad materna pregestacional (RR= 6,4), la obesidad a la edad de 4-5 años (RR= 6,3) y a la edad de 10-15 años (RR= 6,2). Excluidas estas variables de los modelos multifactoriales y con ajustes por sexo, cobertura de salud y estado civil de la madre en el momento del parto, el mejor modelo para predecir obesidad en la infancia incluyó el peso al nacer, el aumento de peso en la infancia y el tipo de parto.

En la adolescencia, los predictores fueron tabaquismo materno durante la gestación, aumento de peso durante la gestación e incremento ponderal en la infancia, y, en la adultez temprana, tabaquismo materno durante la gestación, aumento de peso gestacional y peso al nacer. Tabaquismo materno, aumento de peso durante la gestación e incremento de peso durante la infancia tienen efectos a largo plazo en la descendencia. La obesidad materna es el predictor más fuerte de obesidad en todos los tiempos estudiados.

Comentario

No existen dudas acerca de la relevancia que reviste la obesidad como problema de salud pública en el mundo. El número de publicaciones sobre su prevalencia, distribución, presencia a edades tempranas, factores asociados o sus consecuencias es creciente y, en la mayoría, las conclusiones coinciden. Como en otros problemas de salud, la identificación de determinantes tempranos y de intervenciones específicas constituye un elemento central.

Rooney y cols. presentan los resultados de una cohorte de niños seguidos desde la gestación hasta la edad adulta, con el objetivo de identificar predictores precoces de obesidad en la edad adulta. Sus resultados concuerdan con los de otros autores: la presencia de obesidad a edades tempranas constituye un factor de riesgo importante. Igualmente, la obesidad pregestacional, la ganancia de peso materno durante la gestación y durante la infancia, así como el tabaquismo materno, constituyeron también predictores relevantes. Concluyen que tanto los factores genéticos (obesidad materna) como el medioambiente (ganancia de peso durante la gestación o en la infancia, o tabaquismo materno) juegan un papel en el desarrollo de obesidad en la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Sin embargo, a fin de evaluar los resultados y su coincidencia con otros trabajos, es fundamental valorar la consistencia en los aspectos metodológicos, así como de los conceptos subyacentes. La obesidad materna, ¿es expresión de factores genéticos o traduce también influencias ambientales? (los hábitos alimentarios de la madre probablemente serán similares a los que resulten expuestos los niños durante su infancia o adolescencia). Al momento de comparar resultados, ¿los criterios para definir obesidad o ganancia de peso son similares a los empleados por otros autores y, por ende, factible la comparación? Los presentados por los autores son compatibles con los de otros trabajos, pero es importante contrastarlos a la luz de definiciones operativas definidas.

Dr. Pablo Durán

Editor Asistente

Archivos Argentinos de Pediatría

ARCH PEDIATR ADOLESC MED. 2011; 165(6):
492-497

Empleo de carbón en ambientes cerrados y crecimiento infantil temprano

Indoor coal use and early childhood growth

Ghosh R, Amirian E, Dostal M, Sram RJ,
Hertz-Picciotto I.

Objetivo. Evaluar si la combustión de carbón

para calefaccionar ambientes cerrados, lo cual contamina el aire, afecta el crecimiento infantil temprano.

Diseño. Estudio longitudinal prospectivo, con determinaciones del desarrollo extraídas de las historias clínicas obtenidas en las consultas de niño sano a los 36 meses de edad. Los datos se compilaron a partir de cuestionarios autoadministrados y de las historias clínicas, completados en dos momentos precisos: el parto y el seguimiento.

Ámbito: Distritos Teplice y Prachatice en la República Checa.

Participantes: Seguimiento de 1133 niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad.

Exposición principal: Empleo de carbón para calefacción informado por la madre.

Variable principal de desenlace: Puntaje z para la talla según edad y sexo a los 36 meses de edad.

Resultados. Ajustado para los cofactores, el empleo domiciliario de carbón se asoció significativamente con un bajo puntaje z para la talla según la edad y el sexo a los 36 meses de edad (puntaje $z = -0,37$; intervalo de confianza [IC] del 95%, $-0,60 - -0,14$). Este hallazgo significa una reducción de la talla de 1,34 cm (IC del 95%, $0,51 - 2,16$) para los varones y de 1,30 cm (IC del 95%, $0,50 - 2,10$) para las niñas criadas en hogares que emplean carbón. La asociación entre empleo de carbón y talla fue modificada por la exposición posnatal al humo del cigarrillo.

Conclusiones. La contaminación aérea producto del empleo intradomiciliario de carbón puede afectar el crecimiento temprano del esqueleto del niño a los 36 meses. Como un porcentaje significativo de la población mundial todavía emplea el carbón en los hogares, el hallazgo supone consecuencias para la salud pública.

Comentario

Numerosas publicaciones relacionan la contaminación aérea por el uso de combustibles fósiles y la exposición al humo ambiental del tabaco en ambientes interiores con el incremento de los cuadros respiratorios y el creciente número y gravedad de los episodios en niños asmáticos. En cuanto a la afectación del crecimiento se ha hecho hincapié en el menor peso al nacer y el aumento de los partos prematuros. Resultan interesantes los resultados del trabajo de Ghosh y cols., sobre control del crecimiento en niños que concurrieron a la consulta de salud durante los primeros 3 años de edad. Encontraron un menor crecimiento en talla de los niños expuestos al humo producto de la combustión del carbón utilizado para calefacción con respecto a niños

no expuestos y consideraron también la exposición al humo ambiental del tabaco como un factor de riesgo. Según otros trabajos, el 50% de la población mundial de los países en desarrollo utiliza la quema de combustibles para calefacción o cocción de alimentos,¹ situación que en nuestro país se verifica en las regiones que no acceden a la red de gas natural o al gas envasado. Asimismo, en nuestro país, la existencia de fumadores en el hogar es del 33,5%, según la encuesta del Ministerio de Salud de la Nación del año 2004.² No obstante, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2005 muestra que porcentajes más altos, un 56,4% de la población está expuesta en forma habitual al humo ambiental de tabaco. Por lo tanto, establecer políticas públicas que generen ambientes sin contaminación del aire interior intradomiciliario contribuirá, sin duda, a que los niños alcancen su desarrollo ponderoestatural esperado. Además, los profesionales del equipo de salud, en el contacto con las familias, debemos aprovechar la oportunidad para advertirlos sobre los riesgos que implica la contaminación ambiental en sus domicilios.

Dra. María Inés Lutz
Departamento de Pediatría
Hospital Posadas

1. Bruce N, Pérez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bull World Health Organ* 2000; 78(9):1078-92.
2. (http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/encuesta_tabaquismo.pdf, año 2004).

HUMAN REPRODUCTION 2010; 25 (10): 2605-11

Logros académicos en niños concebidos mediante fertilización *in vitro*

Achievement test performance in children conceived by IVF

Mains L, Zimmerman M, Blaine J, Stegmann B, Sparks A, et al.

Antecedentes. Los estudios de seguimiento a largo plazo de niños concebidos mediante fertilización *in vitro* (FIV) son escasos. Se evaluó el desempeño académico de niños concebidos mediante FIV en pruebas oficiales estandarizadas [Pruebas de Iowa sobre Habilidades Básicas/Desarrollo Educativo (ITBS/ITED, por su sigla en inglés)].

Métodos. Se contactó por correo a progenitores de niños de 8-17 años al inicio del estudio

(marzo de 2008), que fueron concebidos mediante FIV en los Hospitales y Clínicas de la Universidad de Iowa, residentes en el estado de Iowa. Los progenitores completaron cuestionarios sobre la salud y la educación de sus hijos y sobre su propia educación. Se obtuvieron los puntajes ITBS/ITED de los grados escolares 3-12 de niños FIV y un grupo de niños anónimos (testigos) equiparables por grado, año, género y distrito escolar. Los puntajes se analizaron mediante modelos lineales mixtos.

Resultados. Se contactaron cuatrocientas noventa y siete parejas. Doscientas noventa y cinco parejas (463 niños) aceptaron participar (59,4% de los progenitores) y se dispuso de los puntajes ITBS/ITED de 423 niños (91,4% de los participantes). Los niños FIV calificaron más alto que la media nacional ($p=0,0001$) en todos los grados y subpruebas y más alto que sus pares equiparables para los grados 3-11. Hubo una tendencia, que no fue significativa, hacia puntajes de la prueba más bajos en las gestaciones múltiples. Los factores que se observó afectan los puntajes de las pruebas son: grado de educación parental, edad materna, divorcio e IMC del niño. La criopreservación, la duración del cultivo embrionario y el método de inseminación no afectaron los puntajes.

Conclusiones. Los niños FIV calificaron más alto en las pruebas estandarizadas que sus pares equiparables, lo cual sugiere que la FIV no ejerce un efecto negativo sobre el desarrollo cognitivo. No obstante, el seguimiento de niños FIV todavía es limitado. Se deben ahondar las investigaciones sobre el efecto de la gestación múltiple sobre el desempeño académico.

Comentario

La difusión adquirida por la fertilización in vitro (FIV) desde el primer nacimiento ocurrido en 1978, ha dado lugar a gran cantidad de trabajos de investigación sobre cada uno de los diferentes pasos necesarios para lograr el nacimiento de un bebé mediante dicha tecnología y, posteriormente, sobre la evolución del niño en todos sus aspectos.

Este trabajo se refiere al resultado a largo plazo de niños nacidos por FIV, tomando en consideración su nivel cognitivo y rendimiento escolar. La bibliografía refiere diversos factores de riesgo que pueden incidir en el desarrollo cognitivo de los nacidos por FIV: embarazos múltiples, factores genéticos, morbilidad materna, prematuridad, bajo peso para edad gestacional, anomalías congénitas.¹

No obstante ello, en una revisión sistemática reali-

zada en 2007, no se encontraron en las publicaciones revisadas diferencias significativas en el neurodesarrollo al comparar niños nacidos por FIV con otros nacidos por concepción espontánea.²

El trabajo de Mains se diferencia de los anteriores en que amplía la edad de evaluación y el número de niños evaluados. El resultado es un rendimiento cognitivo/académico significativamente más alto que la media y que un grupo control. Este fenómeno no se pudo explicar porque no se tuvo acceso a datos demográficos del grupo testigo, pero lo que parece importante notar es que el resultado cognitivo y académico no muestra diferencias entre ambos grupos, lo cual coincide con la bibliografía publicada hasta la fecha.

Dra. María Magdalena Contreras

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Perinatal risks associated with IVF (SAC Opinion Paper 8). [Acceso 28 sep 2011]. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/perinatal-risks-associated-ivf>.
2. Ludwig AK, Sutcliffe AG, Diedrich K, Ludwig M. Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: A systematic review of controlled studies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 127 (1) 3-25.

BMJ 2011;342:C7254

Suplementación con vitamina D y densidad ósea en niños sanos: revisión sistemática y metaanálisis

Effects of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis

Winzenberg T, Powell S, Shaw KA, Jones G.

Resumen

Objetivo. Determinar la eficacia de la suplementación con vitamina D para mejorar la densidad mineral ósea en niños y adolescentes y si sus efectos varían con factores como la dosis de vitamina D y el estatus de vitamina D.

Diseño. Revisión sistemática y metaanálisis.

Fuentes de los datos. Registro Central Cochrane de Estudios Controlados, Medline (1966-presente), Embase (1980-presente), CINAHL (1982-presente), AMED (1985-presente), e ISI Web of Science

(1945-presente), con última actualización al 9 de agosto de 2009, y búsqueda manual de resúmenes de simposios en revistas médicas clave.

Selección de los estudios. Estudios aleatorizados controlados con placebo sobre suplementación con vitamina D por no menos de tres meses en niños y adolescentes (desde 1 mes hasta <20 años) sanos con resultados sobre densidad ósea. Dos autores evaluaron independientemente las referencias para la inclusión y la calidad del estudio, y recabaron los datos.

Síntesis de los datos. Diferencias medias estandarizadas del porcentaje del cambio desde el inicio (valores basales) en la densidad mineral ósea del antebrazo, la cadera y la columna lumbar, y contenido mineral óseo corporal total en los grupos de tratamiento y testigo (control). Se llevaron a cabo análisis de subgrupos por sexo, etapa puberal, dosis de vitamina D y concentración sérica de vitamina D al inicio (basal). La adherencia al tratamiento y el enmascaramiento de la aleatorización también se consideraron como posibles fuentes de heterogeneidad.

Resultados. Sobre 1653 referencias posibles, seis estudios, que totalizaron 343 participantes que recibieron placebo y 541 medicados con vitamina D, aportaron datos para los metaanálisis. La suplementación con vitamina D no tiene efectos estadísticamente significativos sobre el contenido mineral óseo corporal total o sobre la densidad mineral ósea de la cadera o el antebrazo. Hubo una tendencia a un pequeño efecto sobre la densidad mineral ósea de la columna lumbar (diferencia media estandarizada 0,15, intervalo de confianza del 95% -0,01 a 0,31; $p=0,07$).

Los efectos fueron similares en los estudios sobre participantes con concentraciones séricas altas comparadas con las bajas de vitamina D, si bien hubo una tendencia hacia un efecto más grande con la vitamina D baja para el contenido mineral óseo total ($p=0,09$ para la diferencia).

En estudios con vitamina D sérica baja, los efectos significativos sobre el contenido mineral óseo total y la densidad mineral ósea de la columna lumbar fueron aproximadamente equivalentes a 2,6% y 1,7% puntos porcentuales superiores de cambio desde el inicio en el grupo suplementado.

Conclusiones. Es improbable que los suplementos de vitamina D sean beneficiosos en niños y adolescentes con concentraciones de vitamina D normales. Los análisis de subgrupos planeados

por concentraciones séricas de vitamina D al inicio sugieren que la suplementación con vitamina D de niños y adolescentes deficientes podría resultar en mejorías clínicamente útiles, en particular sobre la densidad mineral ósea de la columna lumbar y el contenido mineral óseo corporal total, pero esto debe ser confirmado.

Comentario

La osteoporosis en etapas tardías de la vida y las fracturas a consecuencia de ello, representan un problema de salud prioritario en los países desarrollados. La densidad mineral ósea es directamente proporcional al pico de masa ósea alcanzado en la adolescencia tardía y la adultez temprana.

Las estrategias tendientes a optimizar la adquisición del pico de masa ósea son, indudablemente, responsabilidad del pediatra, pues sin duda, la osteoporosis en la adultez es una enfermedad de inicio en la infancia.

Por otra parte, se conoce que el déficit de vitamina D es creciente tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, hecho probablemente relacionado con cambios en la alimentación, obesidad y estilos de vida que limitan la exposición solar.

Winzenberg y cols. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con rigurosos criterios de selección, con la intención de verificar si la suplementación masiva con vitamina D en la población pediátrica mejora la masa ósea.

Entre los principales hallazgos se destaca la ausencia de cambios significativos en la densidad mineral ósea medida en el esqueleto total, la cadera o el antebrazo y sólo un pequeño efecto positivo en la columna lumbar. El análisis de subgrupos revela beneficios mayores en pacientes con bajos niveles de vitamina D y en las mujeres. La suplementación masiva con vitamina D no estaría justificada, pero la identificación y el tratamiento de los niños o adolescentes deficientes podrían repercutir sobre la salud ósea. Asimismo, corresponde tener en cuenta que la indemnidad de la unidad músculo-hueso es fundamental para la masa ósea. Inducir a nuestros pacientes a volver a las fuentes y realizar actividad física recreativa, como jugar a la pelota o saltar la cuerda en el parque y regresar a casa cuando mamá los llama a tomar la leche, podría ser un camino para que nuestros niños mejoren su salud ósea.

Dr. Guillermo Alonso
Endocrinología Pediátrica
Hospital Italiano de Buenos Aires

ARCH DIS CHILD published online September 23, 2010

Criterios de la OMS para el diagnóstico de neumonía: la fiebre aumenta la posibilidad de identificar casos en niños con sibilancias

Adding fever to WHO criteria for diagnosing pneumonia enhances the ability to identify pneumonia cases among wheezing children

Cardoso MRA, Carvalho CMN, Ferrero F, Alves FM, Cousens SN.

Resumen

Antecedentes: La neumonía continúa siendo una enfermedad de alta incidencia en la infancia en los países en desarrollo. La OMS ha elaborado guías basadas en signos clínicos simples para diagnóstico y tratamiento de neumonía en estos países. Por un lado, esta estrategia ha contribuido a reducir la mortalidad, pero, por otro, se puede observar que muchos niños reciben antibióticos innecesariamente. Los estudios han informado fracaso del tratamiento antibiótico en niños con sibilancias y diagnóstico de neumonía con estos criterios, lo cual sugiere que pueden constituir un grupo especial que requiere criterios diferentes para su evaluación.

Objetivo: Examinar la capacidad de los criterios propuestos por la OMS para identificar neumonía en niños que presentan sibilancias y cómo se modifica con el agregado de fiebre.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo sobre 390 niños de 2 a 59 meses de edad con enfermedad respiratoria baja, que se diferenciaron en 5 categorías:

- Neumonía: Infiltrado pulmonar en la radiografía más antecedentes y hallazgos clínicos de fiebre y/o compromiso respiratorio.
- Bronquitis aguda: Tos productiva posinfección respiratoria alta, de menos de 3 semanas de evolución sin sibilancias ni diagnóstico previo de asma.
- Bronquiolitis aguda: Presencia de tos, disnea, taquipnea, sibilancias, rales crepitantes y signos radiológicos de atrapamiento aéreo, posterior a una infección respiratoria alta en niños menores de 2 años.
- Sibilante: Niños que presentan el primero o segundo episodio de sibilancias, sin otros signos o síntomas característicos.
- Sibilante recurrente: Niños con sibilancias y antecedentes de 2 o más episodios similares. Se aplicaron los criterios diagnósticos de neu-

monía de la OMS (tos o disnea más taquipnea) y esos mismos criterios modificados con el agregado de fiebre, y se compararon con el diagnóstico radiológico de neumonía como patrón de referencia.

Resultados: En niños menores de 24 meses la sensibilidad de los criterios de la OMS fue de 94% y, para los de ≥ 24 meses, de 62%; la especificidad fue de 20% y 16%, respectivamente.

Considerando la fiebre como un criterio agregado (temperatura axilar $\geq 37,5^\circ$ C o por relato materno) se mejora la especificidad considerablemente (44% y 50%, respectivamente).

En los niños con sibilancias, la especificidad de los criterios de la OMS fue muy baja (12%), y mejoró sustancialmente (42%) con la adición de la fiebre a los criterios habituales.

Con esta modificación, la sensibilidad se reduce de manera no significativa, 92% y 57%, respectivamente, en los dos grupos etarios.

Conclusión: Los criterios de la OMS tienen alta sensibilidad para diagnosticar neumonía en niños menores de 2 años; en este mismo grupo de pacientes, cuando se presentan con infección respiratoria aguda baja más sibilancias, el diagnóstico se mejora agregando fiebre a dichos criterios.

Comentario

El diagnóstico de neumonía en niños con sibilancias es difícil considerando antecedentes y clínica, y los limitados predictores de la enfermedad. Es más difícil aún cuando está demostrado que pueden auscultarse sibilancias en niños con neumonía bacteriana y que puede observarse coinfección bacteriana en niños con bronquiolitis por infección por VSR u otros virus respiratorios.^{1,2}

Como mencionan los autores de este trabajo, El-Radhi et al.³ demostraron que la fiebre es un signo clínico muy fiel como predictor de infección bacteriana en esta población.

En nuestra población, con alta prevalencia de infecciones respiratorias en niños menores de 2 años, sabemos que la infección respiratoria aguda está dentro de las primeras 5 causas de defunción en niños menores de 5 años en nuestro país y constituye el 60% de los motivos de consulta de niños menores de 2 años, de las cuales el síndrome bronquial obstructivo (SBO) llega al 30% en algunas épocas del año y la causa más frecuente de IRB es viral,⁴ por lo cual debemos ser muy criteriosos en el diagnóstico de neumonía para evitar tanto su subdiagnóstico, con las consecuencias graves sobre la morbimortalidad que ello implicaría, como el sobrediagnóstico, que induce al uso inadecuado de antibióticos.

En el momento del diagnóstico no debemos olvidar los factores de riesgo de neumonía: hacinamiento; convivientes fumadores; otros contaminantes intradomiciliarios por uso de combustibles para calefacción y cocina; bajo peso de nacimiento; escasa o nula lactancia materna; asistencia a guarderías; malnutrición; madre adolescente; baja escolaridad materna; sexo masculino y enfermedades de base del paciente, como inmunodeficiencias y enfermedades crónicas.

Dra. Ana Speranza
Dirección de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud

1. Ghafoor A, Nomani NK, Ishaq Z, Zaidi SZ, et al. Diagnosis of acute lower respiratory tract infections in children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan. *Rev Infect Dis* 1990; 12(Suppl8):S907-14.
2. Forgie IM, O'Neill KP, Lloyd-Evans N, Leinorer M, et al. Etiology of acute lower respiratory tract infections in Gambian children; I Acute lower respiratory tract infections in infants presenting at the hospital. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10:33-41.
3. El-Radhi AS, Barry W, Patel S. Association of fever and severe clinical course in bronchiolitis. *Arch Dis Child* 1999; 81:231-4.
4. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas – DINAMI - MSAL.