

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE,  
2015;373:1824-1834

## Consecuencias infantiles del cáncer materno diagnosticado durante el embarazo

Pediatric outcome after maternal cancer diagnosed during pregnancy

Amant F., Vandembroucke T., Verheecke M., Fumagalli M., Halaska M.J., Boere I., Han S., Gziri M.M., Peccatori F., Rob L., Lok C., Witteveen P., Voigt J.-U., Naulaers G., Vallaey L., Van den Heuvel F., Lagae L., Mertens L., Claes L., and Van Calsteren K., for the International Network on Cancer, Infertility, and Pregnancy (INCIP)

### Resumen

**Introducción:** Hay una carencia de datos en la evolución a largo plazo de niños que fueron expuestos a cáncer materno, con o sin tratamiento durante el embarazo.

**Métodos:** En este estudio multicéntrico de casos y controles comparamos niños cuyas madres recibieron diagnóstico de cáncer durante el embarazo con niños de madres sin cáncer. Utilizamos cuestionarios de salud y las historias clínicas para recoger datos relacionados a la salud neonatal y general. Todos los niños fueron prospectivamente evaluados (por medio de examen neurológico y el test de Bayley de desarrollo infantil) a los 18 meses, 36 meses o ambos. Una evaluación cardiológica se efectuó a los 36 meses.

**Resultados:** Un total de 129 niños (edad mediana 22 meses; rango 12 a 42) fue incluido en el grupo de madres con cáncer (grupo con exposición prenatal), con un número pareado en el grupo control.

Durante el embarazo, 96 niños (74,4%) fueron expuestos a quimioterapia (aislada o combinada con otros tratamientos), 11 (8,56%) a radioterapia (aislada o combinada), 13 (10,1%) a cirugía (aislada o combinada), 2 (1,6%) a otros tratamientos con drogas (aislada o combinada) y 14 (10,9%) no recibieron tratamiento. El peso de nacimiento estuvo por debajo del percentilo 10 en 28 de 127 niños (22,0%) en el grupo de exposición prenatal y en 19 de 125 niños (15,2%) en el grupo control ( $p=0,16$ ). No hubo diferencia significativa entre grupos en el desarrollo cognitivo en base al puntaje de Bayley ( $p=0,08$ ), ni en el análisis de subgrupos. La edad gestacional al nacimiento se correlacionó con el desarrollo cognitivo alcanzado

en ambos grupos. La evaluación cardiológica a los 36 meses fue normal en 47 niños.

**Conclusiones:** La exposición prenatal a cancer materno con o sin tratamiento no alteró el desarrollo general, cognitivo, ni cardíaco en su infancia temprana. La prematuridad se correlacionó con peor desarrollo cognitivo, pero este efecto fue independiente del tratamiento del cáncer. (ClinicalTrials.gov number, NCT00330447).

### Comentario

En el presente artículo se comparan niños cuyas madres tuvieron diagnóstico de cáncer durante el embarazo con madres de niños apareados que no tuvieron ese diagnóstico. Se trató de un estudio caso-control multicéntrico, en el cual se estudiaron 129 niños entre 11 y 44 meses en cuatro países europeos. Se estudió la función cardíaca y las funciones cognitivas con el test de Bayley II o III (según el país) a los 18 meses y a un subgrupo a los 36 meses. Las madres con cáncer recibieron, cirugía, quimioterapia, o radioterapia, solas o en combinación.

Los autores encontraron que los niños hijos de madres que tuvieron cáncer no diferían en la salud general, cuidados médicos, función cardíaca ni en las funciones cognitivas con niños controles, hijos de madres sin cáncer durante el embarazo, apareados por edad gestacional. No se encontró relación entre la dosis de quimioterapia o radiación recibida y las funciones cognitivas con el test de Bayley. Las funciones cognitivas sí estuvieron relacionadas con la edad gestacional: a mayor edad gestacional, mejores puntajes en los tests de Bayley, relación que es ya conocida<sup>1</sup> que se encontró tanto en el grupo de estudio como en el grupo control. El porcentaje de niños nacidos pre-término fue muy alto (61%), y si bien no hubo diferencias significativas, se encontraron más niños pequeños para la edad gestacional en el grupo de madres con cáncer.

El estudio de la funciones cognitivas se hizo a edades relativamente tempranas (36 meses), y sería bueno disponer en el futuro de datos a edades mayores. Los autores concluyen que el tratamiento del cáncer en el segundo y tercer trimestre no es dañoso para el feto. En todo el trabajo se habla del "feto" (o sea, del embarazo en el segundo o tercer trimestre), porque la quimioterapia se realizó en todo el grupo, después de la 12 semanas del embarazo.

Las mujeres embarazadas con cáncer pueden ser informadas que las probabilidades de prematuridad es mayor que en la población general, pero que los

*problemas no son más serios que los hallazgos en otros niños pre-término nacidos de madres sin cáncer.*

*Nos parece un trabajo de importancia, que puede contribuir a fundamentar mejor el pronóstico del fruto de la concepción frente a la aparición de un cáncer en la mujer embarazada.*

Dr. Horacio A. Lejarraga  
Dirección General de Salud Ambiental,  
Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR)

1. Van Calsteren K, Heyns L, De Smet F, Van Eycken L, et al. Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. *J Clin Oncol* 2010;28(4):683-9.
2. Cardonick EH, Gringlas MB, Hunter K, Greenspan J. Development of children born to mothers with cancer during pregnancy: comparing in utero chemotherapy-exposed children with nonexposed controls. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(5):658.e1-8.

---

PEDIATR DERMATOL 2015 MAY-JUN;  
32(3):353-7.

---

### **Molusco contagioso: tratar o no tratar. Experiencia con 170 niños atendidos en forma ambulatoria en el noreste de Estados Unidos**

Molluscum contagiosum: to treat or not to treat? Experience with 170 children in an outpatient clinic setting in the northeastern United States

*Basdag H, Rainer BM, Cohen BA.*

#### **Resumen**

A pesar de la alta prevalencia del molusco contagioso en niños, hay pocos datos epidemiológicos sobre esta infección viral común y autolimitada.

Presentamos nuestra experiencia con las características demográficas, clínicas, manejo y tiempo de resolución de 170 niños menores de 16 años atendidos por molusco contagioso en la División de Dermatología Pediátrica del Johns Hopkins Children's Center, Baltimore, Maryland, desde el 1° de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2011. Se revisaron las historias clínicas y se efectuó una encuesta telefónica.

De los 170 niños con MC 51,8% eran mujeres y 77,1% caucásicos. La mediana de edad al momento del diagnóstico fue 5 años; 46,5% tenía antecedentes de dermatitis atópica. Los niños con

dermatitis atópica tuvieron significativamente más lesiones de molusco contagioso que los que no la tenían ( $p < 0,05$ ). El 72,9% de los niños no recibió ningún tratamiento. Las lesiones desaparecieron dentro de los 12 meses en 45,6% de los niños tratados y en 48,4% de los no tratados, y dentro de los 18 meses en 69,5% de los tratados y 72,6% de los no tratados.

El tratamiento, si lo hubo, el género, la etnia, el médico que hizo el diagnóstico, el número de lesiones en el momento del diagnóstico, el número de regiones anatómicas afectadas o el antecedente de dermatitis atópica no predijeron el tiempo de resolución de las lesiones. Estas se resolvieron completamente en cerca del 50% de los niños dentro de los 12 meses y del 70% dentro de los 18 meses. El tratamiento no disminuyó el tiempo de resolución.

#### **Comentario**

*La decisión entre tratar moluscos contagiosos o no, siempre es compleja dada la falta de efectividad de algunas terapéuticas disponibles y el carácter recidivante de la enfermedad. El concepto general reside en que la infección por moluscos es una patología benigna en la cual uno puede aconsejar a los padres no realizar ningún tratamiento y aguardar la involución espontánea de las lesiones. Esto es así en la mayoría de los casos, sin embargo hay situaciones en las cuales es aconsejable hacer tratamiento, como en los inmunosuprimidos, en los pacientes con dermatitis atópica y en los que presentan complicaciones o sintomatología asociadas.*

*La presente investigación es interesante, ya que no hay otras publicaciones con grupo control sin tratamiento, pero presenta como debilidades que es un estudio retrospectivo observacional que no discrimina sobre el tipo de tratamiento realizado. Los tratamientos indicados a los pacientes del estudio, en su mayoría no son efectivos para tratar moluscos, por lo cual es esperable entonces que no haya diferencias significativas en la evolución entre los tratados versus los no tratados. Actualmente solo el curetaje y la cantaridina son considerados tratamientos eficaces y únicamente el 4,1% y el 5,9% respectivamente de los pacientes tratados en la presente investigación lo hicieron con estos métodos. El resto usaron iniquimod e irritantes locales que no son efectivos ni aconsejables por los efectos adversos que presentan. La cantaridina lamentablemente no está disponible en nuestro país.*

*El artículo confirma que los pacientes con dermatitis atópica presentan más lesiones con respecto a otros pacientes, pero da como resultado que el*

tiempo de evolución de la infección en pacientes con dermatitis atópica fue el mismo que en otros pacientes, lo contrario a lo enunciado en publicaciones previas.

En mi opinión, basada en el resto de la bibliografía y en mi experiencia, el tratamiento de los moluscos contagiosos debe ser individualizado para cada paciente y en caso de realizarlo, la modalidad más recomendable es el curetaje en la fase inicial, cuando el número de lesiones es bajo y con anestesia aplicada correctamente, especialmente en pacientes inmunosuprimidos y con dermatitis atópica. De este modo se previenen la diseminación y complicaciones de la infección que suelen ser importantes en este tipo de pacientes.

Dra. Ana Giachetti  
Jefe de la Sección Dermatología Infantil  
Departamento de Pediatría  
Hospital Italiano de Buenos Aires

1. Silverberg N. Pediatric molluscum contagiosum: optimal treatment strategies. *Paediatr Drugs* 2003;5(8):505-12.
2. Lee R, Schwartz RA. Pediatric molluscum contagiosum: reflections on the last challenging poxvirus infection. Part 2. *Cutis* 2010;86(6):287-92.
3. Katz K, Swetman GL. Imiquimod, molluscum, and the need for a better "best pharmaceuticals for children". *Pediatrics* 2013;132(1):1-3.
4. Hanna D, Hatami A, Powell J, Marcoux D, et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol* 2006;23(6):574-9.
5. Comité Nacional de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(3):293-4.

PEDIATR INFECT DIS J 2015. [Epub ahead of print]

### Una re-evaluación de la duración mínima del tratamiento antibiótico antes de aprobar el retorno a la escuela de niños con faringitis estreptocócica

A re-appraisal of the minimum duration of antibiotic treatment before approval of return to school for children with streptococcal pharyngitis

Schwartz RH, Kim D, Martin M, Pichichero ME.

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar si una dosis única de amoxicilina administrada a un niño sintomático con angina por estreptococo confirmada, podría permitir el retorno del niño a la escuela 12 horas después.

**Métodos:** Enrolamos 111 niños con faringe irritada y test rápido de detección de antígeno estreptocócico (RADT) positivo, así como un resultado positivo para estreptococo grupo A. Luego de obtener los hisopados faríngeos, todos los participantes recibieron una dosis única de amoxicilina (50 mg/kg); 12 a 23 horas después de la dosis, todos los participantes retornaron en la mañana del día 2 para tomar una segunda muestra de hisopado faríngeo. En la visita del día 2, una enfermera o asistente obtuvo datos de evolución, temperatura timpánica, y un médico o enfermera examinaron la orofaringe.

**Resultados:** En la mañana del día 2, solo 10 de 111, continuaron con RADT positivo, confirmado por un cultivo de fauces nocturno. El estreptococo grupo A no fue detectable en la muestra del día 2 por RADT ni cultivo en 91% de los participantes (IC= 86% a 96%). 7 de 10 pacientes que fallaron presentaban un marcado descenso en el número de colonias de estreptococo beta hemolítico, los cuales fueron de 3+ o 4+ en el cultivo inicial y disminuyeron a 1+ en el de seguimiento (obtenido el día 2). Dos participantes continuaron teniendo 3+ o 4+ en el segundo cultivo.

**Conclusión:** Una dosis de amoxicilina (50 mg/kg), incluso administrada en la tarde, luego de la detección de estreptococo grupo A, resultó en la no detección de estreptococo en 91% de los niños en la mañana siguiente. Todos los niños tratados por "angina estreptocócica" hasta las 5 de la tarde del día 1, si mejoran y se encuentran afebriles, pueden asistir a la escuela el día 2.

#### Comentario

Actualmente, frente a faringitis con cultivo positivo para estreptococo grupo A (SGA), se recomienda el regreso al colegio luego de al menos 24 horas de comenzado el tratamiento antibiótico.<sup>1</sup>

El presente estudio<sup>2</sup> sugiere que estos niños, tratados con una dosis de amoxicilina, pueden retornar al colegio al día siguiente sin poner en riesgo a otros niños.

Los autores incluyeron 111 niños diagnosticados con un test rápido de detección de SGA positivo, entre 2013 y 2015. Todos recibieron una dosis de amoxicilina vía oral (50 mg/kg). Entre 12 y 23 horas después de la medicación retornaron para un nuevo examen. El 91% presentó el test rápido y el cultivo negativos para SGA, sin diferencias significativas en permanecer positivos entre los que recibieron (10%) o no (8%) una segunda dosis de antibióticos esa misma mañana, antes de obtener la muestra.

Ellos concluyen que los niños con faringitis estreptocócica tratada con amoxicilina, con la primera dosis recibida hasta las 17:00 horas, si se encuentran sin fiebre y mejorados, pueden concurrir a la escuela al día siguiente.

Este estudio, al que puede calificarse de ser algo pretencioso en su objetivo, muestra información novedosa pero presenta debilidades que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, frente a estos cuadros infecciosos además del control epidemiológico, los niños se quedan en casa para recuperarse, ya que no es frecuente que en 12 horas se sientan bien. La información sobre síntomas y signos de los niños en este estudio se refiere exclusivamente al ingreso al mismo; no se describe acabadamente el estado a las 12 horas, cuando debían volver al colegio. Por otro lado, se realizó solo un hisopado de fauces luego de la dosis de antibiótico, que en casi 10% de los casos resultó positivo. Frente a esta cifra es necesario obtener más información (el presente trabajo no muestra ninguna referencia sobre la representatividad de la muestra) antes de modificar una conducta que puede poner en riesgo al niño y sus contactos. Por otro lado, llama la atención que una publicación prestigiosa como *Pediatric Infectious Disease Journal* publique un estudio que muestra dos objetivos diferentes en el resumen y en el cuerpo del trabajo, y ninguno describe correctamente lo que realmente hicieron los autores.

Dra. María Fabiana Ossorio

Docencia e Investigación

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso sobre Prevención de Infecciones en Jardines Maternales y Escuelas. Buenos Aires: SAP; 1997. [Consulta: 5 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/prevencionInfeccionesJardines.pdf>.
2. Schwartz RH, Kim D, Martin M, Pichichero ME. Re-appraisal of the minimum duration of antibiotic treatment before approval of return to school for children with streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 2015. Epub 2015 Aug 20.

N ENGL J MED 2015;373:1295-306.

### Estudio aleatorizado de benznidazol para la cardiomiopatía chagásica crónica

Randomized trial of benznidazole for chronic Chagas' cardiomyopathy

Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, Sosa-Estani S, et al.

### Resumen

**Introducción.** El rol de la terapia tripanomicida en pacientes con cardiomiopatía chagásica establecida no ha sido probado.

**Métodos:** Desarrollamos un estudio aleatorizado, prospectivo y multicéntrico, incluyendo 2854 pacientes con cardiomiopatía chagásica quienes recibieron benznidazol o placebo por hasta 80 días, y que fueron seguidos por un promedio de 5,4 años. La medida de resultado principal, en el análisis de tiempo-al-evento, fue el primer evento de cualquiera de los componentes de la medida de resultado compuesta que incluía muerte, paro cardíaco reanimado, taquicardia ventricular sostenida, colocación de marcapaso o de cardioversor-desfibrilador implantable, trasplante cardíaco, nueva falla cardíaca, accidente cerebrovascular u otro evento tromboembólico.

**Resultados:** La medida de resultado principal se presentó en 394 pacientes (27,5%) en el grupo benznidazol y en 414 (29,1%) en el grupo placebo (tasa de riesgo, 0,93; IC95%, 0,81 a 1,07; P= 0,31).

Al inicio se efectuó un estudio por reacción de la cadena de polimerasa (RCP) en muestras de sangre obtenidas de 1896 pacientes; 60,5% tuvieron resultado positivo para *Trypanosoma Cruzi*. La tasa de negativización de la RCP fue 66,2% en el grupo benznidazol y 33,5% en el grupo placebo al finalizar el tratamiento, 55,4% y 35,3%, respectivamente, a 2 años, y 46,7% y 33,1%, respectivamente, a 5 años o más (P <0,001 para todas las comparaciones).

El efecto del tratamiento en la negativización de la RCP fue 3,03 (IC95%, 2,12 a 4,34) a 2 años y 1,87 (IC95%, 1,33 a 2,63) a 5 o más años; en Colombia y El Salvador, las razones de probabilidad fueron 1,33 (IC95%, 0,90 a 1,98) a 2 años y 0,96 (IC95%, 0,63 a 1,45) a 5 o más años; y en Argentina y Bolivia, las razones de probabilidad fueron 2,63 (IC95% CI, 1,89 a 3,66) a 2 años y 2,79 (IC95%, 1,99 a 3,92) a 5 o más años (P <0,001 para la interacción).

**Conclusiones:** La terapia tripanomicida con benznidazol en pacientes con cardiomiopatía chagásica establecida reduce significativamente la detección del parásito en suero pero no reduce significativamente el deterioro cardíaco clínico a lo largo de 5 años de seguimiento.

(Con subvención del *Population Health Research Institute* y otros; ClinicalTrials.gov NCT00123916; Current Controlled Trials ISRCTN13967269.)

## Comentario

Para el tratamiento de la enfermedad de Chagas solo hay 2 drogas disponibles, nifurtimox y benznidazol. Su indicación primaria es para el tratamiento durante la fase aguda de infección. Nuevos estudios han aportado la importancia de la presencia del parásito para el desarrollo de las lesiones cardíacas y gastrointestinales durante la fase crónica.<sup>1</sup> Estudios observacionales generaron evidencia de una menor incidencia y menor progresión evolutiva en sujetos adultos tratados durante la fase crónica.<sup>2</sup> Esto llevó al desarrollo del estudio BENEFIT, donde se trataron adultos en fase crónica con patología cardíaca grave valorando el efecto del tratamiento con benznidazol vs. placebo en la evolución clínica. Los puntos finales de eficacia fueron: muerte, colocación de marcapasos y/o cardio desfibriladores. Los resultados del estudio muestran que no hubo un efecto beneficioso del tratamiento parasiticida en la evolución de la cardiopatía grave.

Debemos recordar que la mayoría de las infecciones ocurren durante la infancia por el contacto con el vector o por pasaje transplacentario. La mayoría de estos casos son asintomáticos y si no reciben tratamiento, un 30% evolucionará desarrollando cardiopatía y alteraciones gastrointestinales. El tratamiento en niños es altamente efectivo y seguro<sup>3</sup> por lo que debemos reforzar el diagnóstico y tratamiento en la infancia. En Argentina nacen alrededor de 1000 recién nacidos infectados, especialmente en los grandes centros urbanos, pero pocos son diagnosticados. Nuevos estudios farmacológicos mostraron diferencias farmacocinéticas del benznidazol entre niños y adultos.<sup>4</sup> Esto posibilitó el desarrollo de una formulación pediátrica y el fortalecimiento de una red de investigación clínica pediátrica multicéntrica (red PECHAGAS). Está por iniciarse un estudio multicéntrico para el estudio y desarrollo de una formulación pediátrica de nifurtimox. Los resultados del estudio BENEFIT refuerzan la necesidad de tratar niños para evitar el desarrollo de las secuelas de la enfermedad de Chagas en adultos.

Dr. Jaime Altcheh

Parasitología- Chagas, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez,  
Investigador principal CONICET,  
IMIPP – Instituto de investigaciones en Patologías  
Pediátricas (CONICET-GCBA)

1. Higuchi Mde L, Benvenuti LA, Martins Reis M, Metzger M. Pathophysiology of the heart in Chagas' disease: current status and new developments. *Cardiovasc Res* 2003;60(1):96-107.
2. Viotti R, Vigliano C, Lococo B, Bertocchi G, et al. Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus no treatment: a

nonrandomized trial. *Ann Intern Med* 2006;144(10):724-34.

3. Altcheh J, Moscatelli G, Moroni S, Garcia-Bournissen F, et al. Adverse events after the use of benznidazole in infants and children with Chagas disease. *Pediatrics* 2011;127(1):e212-8.
4. Altcheh J, Moscatelli G, Mastrantonio G, Moroni S, et al. Population pharmacokinetic study of benznidazole in pediatric Chagas disease suggests efficacy despite lower plasma concentrations than in adults. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(5):e2907.

---

ARCH DIS CHILD 2015;100(3):255-258.

---

## ¿Continuó aumentando la incidencia de empiema en los niños escoceses luego del 2005?

Has the incidence of empyema in Scottish children continued to increase beyond 2005?

Nath S, Thomas M, Spencer D, Turner S.

### Resumen

**Introducción:** La incidencia de empiema aumentó dramáticamente en los niños durante los años 90 y principios del 2000. Se investigó la relación entre los cambios de la incidencia del empiema en la infancia en Escocia luego de la introducción de la vacuna heptavalente para neumococo en 2006 y de la vacuna 13-valente en 2010.

**Métodos:** Se trata de un estudio poblacional en el que se incluyeron las internaciones de niños en hospitales escoceses entre 1981 y 2013 utilizando los códigos diagnósticos del ICD 9 e ICD 10 para empiema. El número de hospitalizaciones por neumonía y crup fue también recogido para valorar las tendencias seculares en la internación por otras causas respiratorias relacionadas y no relacionadas.

**Resultados:** Hubo 217 hospitalizaciones por empiema entre 1981 y 2005 (incidencia media: 9 casos/millón por año) y 323 entre 2006 y 2013 (incidencia media 47 casos/millón por año),  $p < 0,001$ . La introducción de la vacuna conjugada en 2006 fue asociada con un aumento general de las internaciones por empiema de 2/100 000 niños (IC 95%: 1,4-2,8). Sin embargo, el radio de tasa de incidencia para hospitalizaciones por empiema entre 2010 y 2013 fue menor en comparación con la del período 2006-2009 (0,78; IC 95%: 0,63-0,98). Los cambios seculares de neumonía, pero no de crup, fueron comparables a los de empiema.

**Conclusión:** La incidencia de empiema en niños escoceses de 1 a 9 años aumentó inicialmente luego

de la introducción de la vacuna antineumocócica. Sin embargo la misma cayó desde 2010 cuando se introdujo la vacuna 13-valente.

### Comentario

*El empiema es una complicación grave de la neumonía en los niños. Streptococcus pneumoniae es el microorganismo causal más frecuente. Diferentes estudios han documentado el aumento de la incidencia durante la década de los '90 y la primera mitad de los 2000 en Inglaterra y otros países desarrollados.<sup>1,2</sup>*

*En EE. UU., la VCN7 se introdujo en el año 2000 y en 2004 ya se observaba una reducción de 39% en las tasas de admisión por neumonía en los menores de 2 años; pero a su vez, se detectó un aumento en las tasas de empiema, en particular en la región de Utah. Una de las razones postuladas para dicho incremento era la presencia del serotipo 1 de S.pneumoniae y otros serotipos no incluidos en la vacuna en la mitad de los casos de empiema. Los serotipos cubiertos por la VCN7 son 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F, es de notar que el serotipo 1 no estaba incluido.<sup>3</sup> En forma semejante, las tasas de neumonía bacteriana y empiema en niños menores de 15 años internados aumentaron entre 1997 y 2006 en Inglaterra, para luego declinar en los años siguientes a la introducción de la vacunación con VCN7 en 2006.<sup>4</sup> En ambos países, luego de la introducción de la vacuna VCN13 –que provee protección adicional contra los serotipos 1, 3, 5, 6A, 7F y 19 A– se empieza a observar una disminución marcada de la incidencia de empiema.<sup>5</sup>*

*Los autores de este trabajo informaron previamente acerca del incremento de las internaciones por empiema en Escocia cuando analizaron el período 1985-2006. En este estudio extienden sus observaciones hasta 2013. Luego de la introducción de la vacuna heptavalente se observó un incremento en las admisiones por empiema de 2.0 (IC 95% 1,4-2,8) por 100 000 niños, sin embargo la incidencia en el período 2010-2013 fue más baja en comparación con el período previo, en forma coincidente con la incorporación de la vacuna 13-valente. El interrogante que permanece para el futuro es si el empiema podrá aumentar nuevamente por serotipos de neumococo no incluidos en esta vacuna.*

Dra. Rosa María Bologna

Jefa del Servicio de Epidemiología e Infectología  
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

1. Gupta R, Crowley S. Increasing paediatric empyema admissions. *Thorax* 2006;61(2):179-80.

2. Roxburgh CS, Youngson GG, Townsend JA, Turner SW. Trends in pneumonia and empyema in Scottish children in the past 25 years. *Arch Dis Child* 2008;93(4):316-8.
3. Koshy E, Murray J, Bottle A, Sharland M, et al. Impact of the seven-valent pneumococcal conjugate vaccination (PCV7) programme on childhood hospital admissions for bacterial pneumonia and empyema in England: national time-trends study, 1997-2008. *Thorax* 2010;65(9):770-4.
4. Li ST, Tancredi DJ. Empyema hospitalizations increased in US children despite pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatrics* 2010;125(1):26-33.
5. Ampofo K, Pavia A, Stockmann C, Blaschke AJ, et al. Changing Trends in Parapneumonic Empyema (PPE) in the United States during the Pneumococcal Conjugate Vaccines Era [abstract]. En: Infectious Diseases Society of America. IDWeek 2015; 2015 October 7-11; San Diego, US.

---

PEDIATRICS 2015;136(6):1044-50.

---

### Exposición y uso de dispositivos móviles por niños pequeños

Exposure and use of mobile media devices by young children

Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, MohantySH, Leister KP and Bonner RL.

### Resumen

**Introducción:** La investigación sobre el uso que hacen los niños de los dispositivos móviles va retrasada respecto de su adopción. El objetivo de este estudio fue examinar la exposición de los niños pequeños y la modalidad de uso.

**Métodos:** Estudio transversal de 350 niños de 6 meses a 4 años, vistos desde octubre hasta noviembre de 2014 en una clínica pediátrica de una comunidad urbana de bajos ingresos en Estados Unidos (Filadelfia). La encuesta fue una adaptación de la realizada a nivel nacional por *Common Sense Media* en 2013.

**Resultados:** Los resultados mostraron que casi un 100% de los niños utiliza dispositivos móviles, y la gran mayoría comienza antes de los 12 meses de vida. Los mayores de 3 años habitualmente los utilizan sin supervisión de un adulto. A los 2 años un niño pasa la misma cantidad de tiempo con una pantalla que mirando televisión y a los 4 años más de la mitad tiene su propio dispositivo. Las pantallas se utilizaron para mantener a los niños calmados, para el momento de ir a dormir o para entretenerlos mientras el adulto realizaba tareas domésticas.

## Comentario

Desde la aparición del primer Ipad en 2010, la instalación de la tecnología en los hogares ha progresado velozmente. El tema es de interés pediátrico por las modificaciones que produce en la vida cotidiana de los niños.<sup>1</sup>

De acuerdo a las recomendaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría, un niño menor a 24 meses no debe estar expuesto a pantallas, y a partir de esa edad no exceder las dos horas diarias de uso.<sup>2</sup>

Los resultados son concluyentes y confirman la sospecha de que los niños acceden a la tecnología a edades muy tempranas. La consulta médica es una oportunidad para sugerir que el uso debe ser recreativo, por periodos cortos, y bajo supervisión. Además enfatizar que no reemplaza la presencia física ni emocional de los padres. Se necesitan estudios adicionales para determinar y cuantificar los potenciales efectos, adversos o beneficiosos, del uso y abuso de estos dispositivos en la primera infancia.<sup>3</sup>

*Este trabajo expone la necesidad de revisión de los consensos para rediseñar estrategias de asesoramiento a las familias.<sup>4</sup>*

Dr. Guillermo Goldfarb  
Dra. Laura Krynski  
Grupo de Trabajo TICs  
Sociedad Argentina de Pediatría

1. Radesky JS, Schumacher J, Zuckerman B. Mobile and interactive media use by young children: the good, the bad, and the unknown. *Pediatrics* 2015;135(1):1-3.
2. Council on Communications and Media. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128(5):1040-5.
3. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *J Pediatr* 2007;151(4):364-8.
4. Brown A, Shifrin DL, Hill DL. Beyond 'turn it off': How to advise families on media use. *AAP News* 2015;36(10). [Consulta: 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.aappublications.org/content/36/10/54>.