

PEDIATRICS 2009;124:541-547

## Lesiones asociadas con bañeras y duchas en niños de los EE.UU.

Injuries associated with bathtubs and showers among children in the United States

Mao SJ, McKenzie LB, Xiang H y Smith GA.

### Resumen

**Objetivo:** El objetivo fue describir las características epidemiológicas de las lesiones asociadas con las bañaderas y las duchas, especialmente las relacionadas con resbalones, tropiezos y caídas en niños de los EE.UU.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo a partir de datos nacionalmente representativos del Sistema Nacional de Vigilancia Electrónica de Lesiones de la Comisión de Seguridad de Productos para el Consumidor Estadounidense desde 1990 hasta 2007 para niños  $\leq 18$  años de edad.

**Resultados:** Hubo 791 200 lesiones relacionadas con bañeras y duchas en niños  $\leq 18$  años de edad que fueron tratados en departamentos de emergencia estadounidenses en 1990-2007, con un promedio de 43 600 casos por año o  $\sim 5,9$  lesiones por 10 000 niños estadounidenses por año. El mayor número de lesiones involucró niños de 2 años de edad; los niños  $\leq 4$  años representaron el 54,3% de las lesiones. El diagnóstico más común fue la laceración (59,5%). El mecanismo más común de lesión fue un resbalón, tropiezo o caída, y explicó el 81,0% de casos o 4,6 lesiones por 10 000 niños estadounidenses por año. La parte corporal más frecuentemente dañada fue la cara (48,0%), seguida por la cabeza/el cuello (15,0%). La mayoría (71,3%) de las lesiones se produjeron en bañeras. De los casos con un lugar de lesión conocido, 97,1% se produjeron en el hogar. Se estimó que un 2,8% de los pacientes fueron admitidos, transferidos a otro hospital, o dejados en observación.

**Conclusiones:** Este es el primer estudio sobre lesiones relacionadas con las bañeras y las duchas que emplea datos nacionalmente representativos. Los resbalones, tropiezos y caídas en bañeras y duchas son una causa común de lesiones en los niños, especialmente niños  $\leq 4$  años de edad. La incidencia de estas lesiones puede disminuirse mediante el incremento del coeficiente de fricción de las superficies de las bañeras y duchas.

### Comentario

Las lesiones no intencionales constituyen una de las principales causas de mortalidad en pediatría. La mayoría de ellas puede ser prevenida si se toman medidas orientadas según las principales características epidemiológicas. Las lesiones relacionadas con duchas y bañeras (traumatismos, ahogamientos, quemaduras, entre otras) forman parte de este complejo escenario.

El presente trabajo contempla un tiempo prolongado de estudio (18 años), un tamaño muestral considerable (791 000 pacientes) y una buena representatividad de la población estudiada. A pesar de los potenciales sesgos (se trata de un trabajo retrospectivo y sólo sobre consultas a servicios de emergencias), los autores muestran con claridad que las lesiones más frecuentemente relacionadas con duchas y bañeras son las que tienen que ver con traumatismos por resbalones y caídas, más que por quemaduras o ahogamientos y casi-ahogamientos.

Si bien se trata de un trabajo conceptualmente descriptivo, pone de manifiesto claramente que la presencia de un mayor responsable no es suficiente como única medida preventiva y que se debería trabajar sobre el "coeficiente de deslizamiento" (estrategia de prevención pasiva) como forma más eficaz de prevención, en contraposición con las acciones sobre educación (estrategia de prevención activa).

Apoyar y promover la investigación sobre lesiones no intencionales en países de bajos y medianos ingresos constituiría una adecuada estrategia para disminuir su incidencia.<sup>1</sup> Se necesitan en nuestro medio investigaciones al respecto que incluyan la evaluación de medidas de prevención.

Dr. Fernando A. Torres  
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

1. Borse N, Hyder A. Call for more research on injury from the developing world: results of a bibliometric analysis. *Indian J Med Res* 2009;129:321-326.

PEDIATRICS 2009;124:e278-e286

## Actitudes de crianza y tundas infantiles: influencia de las experiencias maternas de la niñez

Parenting attitudes and infant spanking: the influence of childhood experiences

Chung EK, Mathew L, Rothkopf AC, et al.

## Resumen

**Objetivos:** Evaluar las asociaciones entre las experiencias maternas infantiles y las actitudes de crianza posteriores y el empleo de chirlos, nalgadas o tundas infantiles (TI), y determinar si las actitudes median la asociación entre la exposición al abuso físico y las TI.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de mujeres que recibieron atención prenatal en centros de salud comunitarios en Filadelfia, Pensilvania, EE.UU. Las características sociodemográficas, las experiencias adversas en la niñez (EAN), las actitudes hacia el castigo corporal (CC), y el empleo de TI se evaluaron mediante entrevistas cara a cara, realizadas en la primera consulta de atención prenatal, a los 3 meses posparto y a los 11 meses posparto. Se realizaron análisis bifactoriales y de regresión logística múltiple.

**Resultados:** La muestra consistió en 1265 mujeres, mayoritariamente negras y de bajos ingresos. Diecinueve por ciento de las participantes valoraron el CC como un medio disciplinario y 14% comunicaron el empleo de TI. Fue más probable que las madres expuestas al abuso físico en la niñez y hostilidad verbal comunicaran el empleo de TI que aquellas no expuestas (16% contra 10%,  $P=0,002$ ; 17% contra 12%,  $P=0,02$ , respectivamente). En los análisis ajustados, la exposición materna al abuso físico, distinto de las EAN, y la valoración del CC se asociaron independientemente con el empleo de TI. Las actitudes que valoraron el CC no mediaron estas asociaciones.

**Conclusiones:** Fue más probable que las madres que tuvieron experiencias de violencia en su niñez emplearan TI, respecto de las madres sin esas experiencias. La transmisión intergeneracional del CC fue evidente. Fue 1,5 veces más frecuente que las madres que experimentaron abuso físico cuando pequeñas, comparadas con las que no lo experimentaron, emplearan las TI. Las actitudes de disciplina infantil y las experiencias maternas durante la niñez se deben abordar precozmente en las consultas sobre cuidado del niño, de modo de prevenir el empleo de TI, particularmente entre las madres en riesgo.

## Comentario

*Un estudio mundial sobre violencia contra los niños muestra que la disciplina ejercida mediante castigo corporal, suele percibirse como normal y necesaria, especialmente cuando no produce daños físicos visibles. Esta práctica se acepta y tolera en la mayoría de las regiones del mundo como forma de disciplina y control*

*sobre los niños por adultos responsables de su cuidado y protección.<sup>1</sup>*

*En nuestro país, el estatus constitucional de la Convención de los Derechos del Niño pretende modificar esa modalidad tutelar desde la comprensión de los niños como sujetos de derecho y al condenar el maltrato en cualquiera de sus formas.*

*Sin embargo, un estudio realizado en el Hospital de Niños "Dr. R. Gutiérrez",<sup>2</sup> sobre 104 niños de 4-5 años que concurren a controles de salud, mostró que el 62,5% de los padres utilizaba métodos violentos de disciplina.*

*El presente artículo describe y analiza la frecuencia y asociación entre experiencias adversas y positivas infantiles, con actitudes de las madres frente a castigos corporales y la utilización de golpes en las nalgas, para identificar situaciones de riesgo y orientar estrategias de prevención. Queda abierto el interrogante sobre la exclusión de los padres varones, pues estos son copartícipes de la crianza y del posible uso de formas violentas de disciplinamiento.*

*El período perinatal se valora como una oportunidad para hablar con las madres acerca del tema, mediante una intervención preventiva focalizada en la experiencia y postura individual, pero la complejidad del problema, sus profundas raíces históricas y sociales y la valoración de los niños como sujetos de derecho, no deberían estar ausentes del marco teórico conceptual de una investigación, ni de las propuestas de intervención sobre estas prácticas violentas de crianza.*

Dr. Mario Elmo  
Comité de Pediatría Ambulatoria  
Sociedad Argentina de Pediatría

1. Organización de las Naciones Unidas. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, Paulo Sérgio Pinheiro. A/61/299. 2006.
2. Regatky N, Lamy P, Salamanco G. Evaluación preescolar. Una experiencia en el consultorio de seguimiento longitudinal del niño y la familia. *Rev Hosp Niños Bs. Aires*; 2008;50(227):70-78.

---

PEDIATRICS 2009;123(6):e967-e971

## Neutrófilos inmaduros (en cayado) en el líquido cefalorraquídeo: su valor diagnóstico en niños con pleocitosis

Diagnostic value of immature neutrophils (bands) in the cerebrospinal fluid of children with cerebrospinal fluid pleocytosis

Kanegaye J, Nigrovic L, Malley R, et al.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la utilidad diagnóstica de la presencia y el número de neutrófilos en cayado en el líquido cefalorraquídeo (LCR) para distinguir entre meningitis bacteriana y aséptica en los niños con pleocitosis.

**Métodos:** Se identificaron retrospectivamente niños de 29 días de vida a 19 años con pleocitosis ( $\geq 10 \times 10^6$  leucocitos por litro) tratados en 8 centros de emergencias pediátricas, entre enero de 2001 y junio de 2004, y en cuyos LCR se evaluó la presencia de neutrófilos en cayado. Se realizó análisis bifactorial y multifactorial para determinar la utilidad de los neutrófilos en cayado en el LCR para la diferenciación entre meningitis bacteriana y aséptica.

**Resultados:** Se evaluó la presencia de neutrófilos en cayado en el LCR de 1116 niños, de los cuales 48 (4% de los pacientes estudiados) presentaron meningitis bacteriana. La meningitis bacteriana se asoció a una mayor proporción de neutrófilos en cayado en LCR (0,03 contra 0,01; diferencia: 0,02; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,00-0,04) y a un mayor recuento absoluto de neutrófilos en cayado en LCR ( $392 \times 10^6$  células por litro contra  $3 \times 10^6$  células por litro; diferencia:  $389 \times 10^6$  células por litro; IC 95%:  $-77 \times 10^6$  células por litro–  $855 \times 10^6$  células por litro) en comparación con la meningitis aséptica. El 29% de los pacientes con meningitis bacteriana y el 18% de los pacientes con meningitis aséptica no presentaron neutrófilos en cayado en el LCR. La presencia de neutrófilos en cayado en el LCR, el recuento absoluto y su proporción no se asociaron de manera independiente con meningitis bacteriana.

**Conclusión:** En este estudio multicéntrico se evidenció que tanto la aparición de neutrófilos en cayado en LCR como su cantidad no predijeron de manera independiente la meningitis bacteriana en niños con pleocitosis.

## Comentario

*Diferenciar la meningitis bacteriana de la aséptica puede ser, inicialmente, difícil. Por ello, los pacientes con pleocitosis habitualmente son hospitalizados para recibir tratamiento antibiótico a la espera del resultado de los cultivos en el líquido cefalorraquídeo (LCR), a pesar de la mayor incidencia de meningitis aséptica. Debido a ello, la posibilidad de diferenciar entre dichos tipos de meningitis en la sala de guardia podría ser útil para restringir el uso innecesario de antibióticos.*

*Diversos trabajos intentan diferenciar la meningitis bacteriana de la aséptica mediante parámetros clínicos y de laboratorio, previos a la obtención de los resultados de los cultivos de LCR y sangre.<sup>1</sup>*

*Este estudio de Kanegaye y col. pesquisa, como los mencionados anteriormente, la posible relación entre algún parámetro de laboratorio y la meningitis bacteriana, y concluye en la falta de asociación entre el recuento absoluto de neutrófilos en cayado en LCR con pleocitosis y la meningitis bacteriana. Los pacientes con meningitis bacteriana presentaron más frecuentemente neutrófilos en cayado en el LCR y un mayor recuento absoluto de estas células con respecto a los pacientes con meningitis asépticas, pero la diferencia no alcanzó la significación estadística necesaria para que este dato sea utilizado en la toma de decisiones clínicas.*

*Es probable que no exista un único dato que oriente en forma concluyente hacia la etiología de las meningitis, sino que se trate de la conjunción de datos clínicos y de laboratorio que deben ser cautelosamente interpretados por el equipo médico en el servicio de emergencias. En este sentido, Nigrovic y col. han validado recientemente una escala de puntaje para diferenciar entre meningitis bacteriana y aséptica, simple de implementar al ingreso del paciente, en la que combinan varios de estos elementos.<sup>2</sup>*

María Carolina Davenport

Docencia e Investigación

Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

1. Dubos F, Lamotte B, Bibi-Triki F, et al. Clinical decision rules to distinguish between bacterial and aseptic meningitis. *Arch Dis Child* 2006(91):647-650.
2. Nigrovic L, Kuppermann N, Macias C, Cannavino C. Clinical prediction rule for identifying children with cerebrospinal fluid pleocytosis at very low risk of bacterial meningitis. *JAMA* 2007;297:52-60.

---

PEDIATRICS 2009;124;895-902

---

## Progresión al tabaquismo diario: influencias individuales y sociales durante la adolescencia

Individual and social influences on progression to daily smoking during adolescence

Min JK, Fleming CB y Catalano RF.

## Resumen

**Objetivos:** Identificar los predictores individuales y sociales de la progresión al tabaquismo diario hacia el final de la escuela secundaria entre adolescentes que comenzaron a fumar en el 8º grado.

**Métodos:** La muestra analizada de 270 adolescentes fumadores fue tomada del proyecto *Raising*

*Healthy Children* (Crianza de niños saludables). Los datos se obtuvieron en entrevistas anuales en los grados 7° y 12°. El tabaquismo diario se definió como haber fumado  $\geq 1$  cigarrillo por día en los últimos 30 días en el momento de cada entrevista. Se empleó el análisis de supervivencia para tiempo discontinuo para evaluar las asociaciones con los predictores individuales, familiares, de los pares y escolares.

**Resultados:** Un 58% (n= 156) de la muestra analizada realizó la transición al tabaquismo diario hacia el 12° grado. La probabilidad del inicio del tabaquismo diario entre los que aún no habían demostrado haberlo iniciado fue menor en el 9° grado (probabilidad: 0,12) y mayor en el 12° grado (probabilidad: 0,25). La depresión juvenil, las creencias prosociales y el comportamiento antisocial tuvieron asociaciones generales con el riesgo de escalar en el tabaquismo. Además, el tabaquismo parental y de los pares, el manejo de la familia, los grados académicos y el compromiso escolar presentaron asociaciones unifactoriales significativas con la progresión del tabaquismo. Después del ajuste para el género, el estatus de bajo ingreso y otros posibles predictores, el comportamiento antisocial del joven y el tabaquismo parental y de los pares predijeron una mayor probabilidad de escalamiento hacia el tabaquismo diario, mientras que el empleo parental de un manejo familiar positivo predijo una menor probabilidad de escalamiento.

**Conclusiones:** Este estudio respalda la prevención del escalamiento del tabaquismo juvenil por medio de: a) la intervención sobre el tabaquismo parental y de los pares, y sobre otras formas de comportamiento antisocial; y b) la colaboración con los padres para optimizar su empleo de prácticas de manejo familiar positivo.

### Comentario

Numerosos trabajos han demostrado la asociación de diversos factores de riesgo en el inicio y la progresión del tabaquismo durante la adolescencia. Si bien algunos de estos factores, sobre todo los socioculturales, han demostrado resultados variables en distintos estudios, otros, como el tabaquismo en padres y pares,<sup>1</sup> están más claramente asociados.

Este trabajo aporta datos que no son nuevos en la bibliografía, pero que avalan mejor la asociación de los factores de riesgo para tabaquismo adolescente desde un mejor diseño de la investigación.<sup>2</sup> El seguimiento longitudinal durante toda la adolescencia y de los jóvenes que habían abandonado la escuela fortalece las conclusiones.

El porcentaje de adolescentes fumadores a los 13

años que se transforman en fumadores diarios es alto (58%), podemos inferir que casi todos ellos son adictos a la nicotina, aun sin fumar diariamente. Ya no llama la atención que sean las mujeres quienes tienen más probabilidades; las conductas antisociales del adolescente y el consumo de tabaco por padres y pares aumentan la probabilidad de fumar diariamente; mientras que el buen manejo de control y disciplina por parte de los padres se comporta como factor protector.

Este trabajo nos invita a pensar sobre cómo trabajar el tema desde el consultorio. Las intervenciones breves en adultos fumadores son unas de las pocas acciones de eficacia<sup>3</sup> probada; pero sigue siendo un desafío cómo intervenir en los padres para facilitar la adquisición de habilidades de control, comunicación y disciplina con sus hijos. No obstante, si se pretende tener un impacto real, es indudable que la reducción del tabaquismo debe basarse en intervenciones políticas y sociales más complejas.

Dr. Julio Busaniche

Servicio de Clínica Pediátrica, Departamento de Pediatría  
Hospital Italiano de Buenos Aires

1. Gilman SE, Rende R, Boergers J. Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics* 2009;123(2):e274-81.
2. Alexander V, Prokharov A. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescent readiness to quit smoking. *Nicotine Tob Res* 2001;3:151-155.
3. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000165. Review.

---

PEDIATRICS 2008; 121(2):E215-21

---

### Experiencias de los padres varones en la UCIN: una búsqueda de control

Fathers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: a search for control

Arockiasamy V, Holsti L y Albersheim S.

### Resumen

**Objetivo:** Este estudio cualitativo intentó comprender las experiencias de los padres varones de neonatos gravemente enfermos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

**Métodos:** Dieciséis padres varones de lactantes de pretérmino gravemente enfermos que habían estado en la UCIN por > 30 días fueron entrevistados por un médico varón. Se interrogó a los participantes sobre su grado de comodidad o de cuestionamiento respecto de la comunicación del equipo médico relacionada con su hijo, sobre el

acceso a la información y sobre las percepciones más generales de su experiencia en la UCIN. Las entrevistas se grabaron (solo el audio) y se transcribieron para el análisis. El código empleó análisis del contenido con construcción de temas por 3 investigadores.

**Resultados:** El tema dominante para los padres varones fue la sensación de falta de control. Su visión de la situación, como un tema en "la lejanía", aportó el contexto para todos los temas. Se identificaron otros cuatro subtemas interrelacionados, incluida la información; comunicación, particularmente con el equipo de salud; los diferentes roles de los padres varones y las actividades externas.

Los padres varones comunicaron que las relaciones con amigos/familiares/equipo de salud, recibir la información coherentemente y recibir materiales escritos cortos sobre cuadros comunes fueron modos de sentirse apoyados. Los padres varones comentaron que comunicarse con un médico varón fue una experiencia positiva y útil.

**Conclusiones:** Los padres varones experimentan una sensación de falta de control cuando tienen un hijo lactante extremadamente enfermo en la UCIN. Las actividades específicas ayudan a los padres varones a recuperar una sensación de control y los ayuda a cumplir sus diferentes roles de protectores, padres, compañeros y sostén del hogar. Comprender estas experiencias ayuda al equipo de salud a brindar apoyo dirigido para los padres varones en la UCIN.

### Comentario

*En el embarazo, ambos padres se preparan emocionalmente para recibir a un bebé sano al término de la gestación, pero no suelen estar preparados para enfrentar que su hijo esté internado en una unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) por problemas graves. Esta situación les ocasiona una obligada adaptación a algo muy distinto de lo que habían idealizado y que, inevitablemente, les produce alteraciones emocionales. El impacto sobre los padres y la familia es enorme y los efectos perjudiciales pueden ser duraderos,<sup>1</sup> de ahí la gran importancia de brindarles apoyo desde el inicio.<sup>2</sup> Las posibilidades de que se adapten en la mejor forma dependen mayormente de las acciones que realizan los profesionales de la UCIN.<sup>3</sup> Por desgracia, el trato que muchas veces ambos padres reciben está basado en la creencia, por cierto totalmente errónea, de que los cuidados del bebé dependen exclusivamente de los profesionales. Horarios estrictos de ingreso en la unidad los someten a un régimen que les impide establecer una adecuada relación con su hijo y participar en el cuidado. Asimismo, la comunicación con ellos, muy en especial la que brindan los mé-*

*dicos, suele ser fría, técnica y, en especial, sin empatía; por lo cual desconocen qué es lo que les está sucediendo.*

*Es habitual y comprensible que los estudios realizados sobre este tema se hayan centrado en los efectos sobre las madres y es muy poco lo descrito acerca de los padres. En el presente estudio se realizaron entrevistas con los papás de RN que estuvieron en la UCIN más de 30 días. El principal trastorno que manifestaron fue la pérdida del control sobre cualquier aspecto del cuidado de sus hijos. Muchas medidas se pueden y deben implementar para revertir esa situación a fin de que madres y padres participen en los cuidados de sus RN.*

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

1. Doucette J, Pinelli J. The effects of family resources, coping and strains on family adjustment 18 to 24 months after the NICU experience. *Adv Neonatal Care* 2004;4(2):92-104.
2. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr* 2005;103:36-45.
3. Glass P. The vulnerable neonate and the neonatal intensive care environment. En: Mac Donald MG (ed). *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. 6th ed. Filadelfia: JP Lippincott; 2005.

---

PEDIATR PULMONOL 2009;44(11):1065-9

---

### Regla clínica de predicción para diagnosticar bronquiolitis obliterante posinfecciosa en niños

Clinical prediction rule to diagnose post-infectious bronchiolitis obliterans in children  
*Colom AJ, Teper AM.*

### Resumen

**Fundamento:** La evaluación de la función pulmonar posee un gran valor para el diagnóstico de la bronquiolitis obliterante (BO) posinfecciosa, debido a los patrones característicos de obstrucción de la vía aérea fija y grave. Desafortunadamente, en la mayoría de los centros de neumonología pediátrica no se cuenta con posibilidad de evaluar la función pulmonar del lactante.

**Objetivo:** Desarrollar y validar una regla de predicción clínica, el puntaje BO (BO-Score) para diagnosticar a niños de menos de 2 años de edad con BO, mediante el empleo de parámetros múltiples medidos objetivamente, fácilmente disponibles en la mayoría de los centros médicos.

**Métodos:** Los sujetos del estudio, niños de menos de 2 años de edad con una enfermedad pulmonar crónica asistidos en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires. Los pacientes fueron aleatoriamente divididos en un grupo de derivación (66%) y otro de validación (34%). Los análisis de respuesta relativa (ROC) y de regresión logística multifactorial incluyeron predictores clínicos, radiológicos y de laboratorio significativos. La variable principal del estudio fue el diagnóstico de BO. El desempeño del puntaje BO se probó en el grupo de validación.

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes, 83 en el grupo derivación y 42 en el grupo validación. El puntaje BO (área bajo la curva de respuesta relativa [ROC curve]= 0,96; IC95%, 0,9-1,0%) se desarrolló mediante la asignación de puntos a las siguientes variables: antecedentes clínicos típicos (cuatro puntos), infección por adenovirus (tres puntos) y tomografía computarizada de alta resolución con perfusión en mosaico (cuatro puntos). Un puntaje  $\geq 7$  predijo el diagnóstico de BO con una especificidad del 100% (IC95%: 79-100%) y una sensibilidad de 67% (IC95%: 47-80%).

**Conclusiones:** El puntaje BO es una regla de predicción clínica de uso simple, basada en variables fácilmente accesibles. Un puntaje BO de 7 o más predice un diagnóstico de BO posinfecciosa con alta precisión.

## Comentario

*La enfermedad pulmonar crónica posinfecciosa es un cuadro poco frecuente, pero no es excepcional en nuestro medio. Si bien el método de referencia para su diagnóstico es el histopatológico, su invasividad y sus riesgos han extendido el estudio de la función pulmonar (que en estos pacientes muestra un patrón característico) en su reemplazo. Lamentablemente, son muy poco los centros con capacidad para llevar a cabo esta prueba en lactantes.*

*En este estudio, Colom y col. diseñan una regla clínica de predicción con elementos fácilmente disponibles (antecedentes típicos, infección por adenovirus, imagen de TC de alta resolución con patrón en mosaico) que permite identificar con precisión a los pacientes con bronquiolitis obliterante posinfecciosa entre niños con enfermedad pulmonar crónica.*

*Seguramente, ésta será una valiosa herramienta para quienes deban asistir a estos pacientes en medios sin la más completa capacidad diagnóstica.*

*Sería conveniente verificar su desempeño en una población diferente de la que fue utilizada para el diseño, idealmente en forma prospectiva<sup>1</sup> y, como reconocen los autores, en escenarios con diferente prevalencia de infección por adenovirus.*

Fernando Ferrero

Docencia e Investigación

Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"

1. Laupacis A, Sekar N, Stiell IG. Clinical prediction rules. A review and suggested modifications of methodological standards. *JAMA* 1997;277(6):488-94.