

DE OTRAS REVISTAS Y PUBLICACIONES

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Panamá / Correo electrónico: aidaluis@gmail.com

Fuente: JAMA (The Journal of the American Medical Association) Published online December 13, 2021. doi:10.1001/jama.2021.21892

Título: Efecto de la terapia con surfactante mínimamente invasivo frente al tratamiento simulado sobre la muerte o displasia broncopulmonar en lactantes prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. El ensayo clínico aleatorizado OPTIMIST-A.

Autores: Dargaville PA, Kamlin COF, Orsini F, et al.

Palabras claves: tratamiento, surfactante, displasia broncopulmonar.

Key Words: treatment, surfactant, bronchopulmonary dysplasia

Publicado: 30 de diciembre de 2021

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20211841

Resumen

Importancia: Son inciertos los beneficios de la administración de surfactante a través de catéter (terapia con surfactante mínimamente invasivo [MIST]) en bebés prematuros con síndrome de dificultad respiratoria.

Objetivo: Examinar el efecto de la aplicación selectiva de MIST a una fracción baja del umbral de oxígeno inspirado sobre la supervivencia sin displasia broncopulmonar (DBP).

Diseño, escenario y participantes: Ensayo clínico aleatorizado que incluyó a 485 lactantes prematuros con una edad gestacional de 25 a 28 semanas que recibieron apoyo con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y requirieron una fracción de oxígeno inspirado de 0,30 o más dentro de las 6 horas posteriores al nacimiento. El ensayo se llevó a cabo en 33 unidades de cuidados intensivos neonatales de nivel terciario en todo el mundo, con cegamiento de los médicos y evaluadores de resultados. La inscripción tuvo lugar entre el 16 de diciembre de 2011 y el 26 de marzo de 2020; el seguimiento se completó el 2 de diciembre de 2020.

Intervenciones: Los lactantes fueron asignados al azar al grupo MIST (n = 241) y recibieron surfactante exógeno (200 mg / kg de poractant alfa) a través de un catéter delgado o al grupo de control (n = 244) y recibieron un tratamiento simulado (control); posteriormente se continuó con la CPAP en ambos grupos a menos que se cumplieran los criterios de intubación especificados.

Resultados principales y medidas: El resultado primario fue el compuesto de muerte o DBP fisiológico evaluado a las 36 semanas de edad posmenstrual. Los componentes del resultado primario (muerte antes de las 36 semanas de edad posmenstrual y DBP a las 36 semanas de edad posmenstrual) también se consideraron por separado.

Resultados: Entre los 485 lactantes asignados al azar (mediana de edad gestacional, 27,3 semanas; 241 [49,7%] mujeres), todos completaron el seguimiento. La muerte o DBP se produjo en 105 lactantes (43,6%) en el grupo MIST y 121 (49,6%) en el grupo de control (diferencia de riesgo [DR], -6,3% [IC del 95%, -14,2% a 1,6%]; riesgo relativo [RR], 0,87 [IC del 95%, 0,74 a 1,03]; P = 0,10). La incidencia de muerte antes de las 36 semanas de edad posmenstrual no difirió significativamente entre los grupos (24 [10,0%] en MIST frente a 19 [7,8%] en el control; DR, 2,1% [IC del 95%, -3,6% a 7,8%]; RR, 1,27 [IC del 95%, 0,63 a 2,57]; P = 0,51), pero la incidencia de DBP en las supervivientes hasta las 36 semanas de edad posmenstrual fue menor en el grupo de MIST (81/217 [37,3%] frente a 102/225 [45,3%] en el grupo de control; DR, -7,8% [IC del 95%, -14,9% a -0,7%]; RR, 0,83 [IC del 95%, 0,70 a 0,98]; P = 0,03). Se produjeron eventos adversos graves en el 10,3% de los lactantes en el grupo MIST y en el 11,1% en el grupo de control.

Conclusiones y Relevancia: Entre los recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria apoyados con CPAP, la terapia con surfactante mínimamente invasivo en comparación con el tratamiento simulado (control) no redujo significativamente la incidencia del resultado combinado de muerte o displasia broncopulmonar a las 36 semanas de edad posmenstrual. Sin embargo, dada la incertidumbre estadística reflejada en el IC del 95%, no se puede excluir un efecto clínicamente importante.

DE OTRAS REVISTAS Y PUBLICACIONES

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Panamá / Correo electrónico: aidaluis@gmail.com

Fuente: Clinical and Experimental Pediatrics (CEP) 2021;64(11):559-572. Published online: May 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3345/cep.2020.02061>

Título: Actualización sobre hemangioma infantil

Autores: Hye Lim Jung, MD, PhD.

Palabras claves: anomalías vasculares.

Key Words: vascular anomalies.

Publicado: 30 de diciembre de 2021

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20211841

Resumen

La Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares clasifica las anomalías vasculares en tumores vasculares y malformaciones vasculares. Los tumores vasculares son neoplasias de células endoteliales, entre las cuales los hemangiomas infantiles (HI) son los más comunes y ocurren en el 5% al 10% de los lactantes. La expresión de la proteína transportadora de glucosa-1 en los HI difiere de la de otros tumores vasculares o malformaciones vasculares. Los HI no están presentes al nacer, pero por lo general se diagnostican entre la semana y el mes de edad, proliferan rápidamente entre el mes y los tres meses, en su mayoría proliferan por completo a los cinco meses y luego involucionan lentamente al tejido adiposo o fibroso. Aproximadamente el 10% de los casos de HI requieren tratamiento temprano. La guía de práctica clínica de la Academia Estadounidense de Pediatría de 2019 para el manejo de HI recomienda que los médicos de atención primaria monitoreen con frecuencia a los bebés con HI, eduquen a los padres sobre el curso clínico y deriven a los bebés con HI de alto riesgo a especialistas en HI, idealmente al mes de edad. Los HI de alto riesgo incluyen aquellos con complicaciones potencialmente mortales, deterioro funcional, ulceración, anomalías estructurales asociadas o desfiguración. En Corea, los HI suelen ser tratados por hematólogos-oncólogos pediátricos con la cooperación de cardiólogos, radiólogos, dermatólogos y cirujanos plásticos pediátricos. El propranolol oral, un antagonista beta-adrenérgico no selectivo, es el tratamiento de primera línea para los HI en una dosis de 2 a 3 mg/kg/día dividida en 2 dosis diarias mantenidas durante al menos 6 meses y con frecuencia hasta los 12 meses de edad. La solución tópica de maleato de timolol, un betabloqueante no selectivo tópico, se puede utilizar para los HI de tipo superficial pequeños en una dosis de 1 a 2 gotas de una solución oftálmica gelificante al 0,5% aplicada dos veces al día. La terapia o la cirugía con láser de colorante pulsátil es útil para el tratamiento de los cambios cutáneos residuales después de la involución del HI.

DE OTRAS REVISTAS Y PUBLICACIONES

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Panamá / Correo electrónico: aidaluis@gmail.com

Fuente: Archivos Argentinos de Pediatría. Arch Argent Pediatr. 2021; 119(6):394-400

Título: Incidencia de morbilidad y factores asociados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría.

Autores: Álvarez JP, Vázquez EN, Eulmesekian PG

Palabras claves: escala de estado funcional

Key Words: functional status scale.

Publicado: 30 de diciembre de 2021

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20211841

Resumen

Introducción. La escala de estado funcional (FSS, por su sigla en inglés) fue desarrollada para medir la morbilidad adquirida en los pacientes pediátricos.

Objetivo. Estimar la incidencia de morbilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP), la presencia de factores asociados y describir el estado funcional tras el alta hospitalaria.

Población y métodos. Cohorte prospectiva. Todas las admisiones en UCIP entre agosto de 2016 y julio de 2017. Se utilizó FSS para medir la morbilidad adquirida durante la hospitalización y hasta 1 año después del alta. Se realizó un análisis univariado para investigar los factores asociados con morbilidad.

Resultados. Se incluyeron 842 pacientes. La incidencia de morbilidad en UCIP fue del 3,56 % (30/842) y persistió en el 0,7 % de toda la cohorte al alta hospitalaria (6/842). Antes del año, 3 de los 6 pacientes mejoraron la condición funcional. El análisis univariado mostró asociación entre la morbilidad adquirida en UCIP y el puntaje PIM2 (odds ratio [OR, por su sigla en inglés]: 1,04; intervalo de confianza del 95 % [IC95 %]: 1,01- 1,07; p = 0,007), la edad menor a 1 año (OR: 2,93; IC95 %: 1,36-6,15; p = 0,004), el uso de asistencia respiratoria mecánica (ARM) (OR: 7,83; IC95 %: 3,31-18,49; p = 0,0001) y de catéteres venosos centrales (CVC) (OR: 38,08; IC95 %: 5,16-280,95; p = 0,0001), y hospitalizaciones prolongadas (OR: 9,65; IC95 %: 4,33-21,49; p = 0,0001).

Conclusiones. La incidencia de morbilidad fue del 3,56 % y se asoció con la edad menor a 1 año, la gravedad de los pacientes al momento de la admisión, el uso de ARM y CVC, y las hospitalizaciones prolongadas.

DE OTRAS REVISTAS Y PUBLICACIONES

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Panamá / Correo electrónico: aidaluis@gmail.com

Fuente: Philipsborn RP, Cowenhoven J, Bole A, et al. A pediatrician's guide to climate change-informed primary care. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. Volume 51, Issue 6, 2021, 101027, ISSN 1538-5442, <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2021.101027>.

Título: Una guía para pediatras sobre la atención primaria informada sobre el cambio climático

Artículo original: Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care.

Autores: Philipsborn RP, Cowenhoven J, Bole A, et al.

Palabras claves: cambio climático

Key Words: climate change.

Publicado: 24 de diciembre de 2021

DOI:

Resumen

A pesar de la urgencia de la crisis climática y la creciente evidencia que vincula el cambio climático con los daños a la salud infantil, los pediatras no se involucran de manera rutinaria con el cambio climático durante la consulta. Cada visita de atención primaria ofrece oportunidades para detectar y apoyar a los niños agobiados por riesgos para la salud que son cada vez más intensos debido al cambio climático. La promoción rutinaria de comportamientos saludables también se alinea con algunas soluciones necesarias, y poderosas, a la crisis climática. Para algunos pacientes, incluidos los que practican atletismo, los que padecen asma y alergias, o los que tienen necesidades de atención médica complejas, la preparación para los riesgos ambientales y los desastres agravados por el cambio climático es un componente crítico de la prevención y el manejo de enfermedades. Para todos los pacientes, los temas de orientación preventiva, que ya son pilares de las mejores prácticas pediátricas, están estrechamente relacionados con la orientación necesaria para mantener a los niños seguros y promover la salud en el contexto de los riesgos agravados debido al cambio climático. Al considerar el cambio climático en la atención de rutina, los pediatras actualizarán la práctica para alinearse con la literatura basada en la evidencia y brindar un mejor servicio a los pacientes. Este artículo proporciona un marco para que los pediatras brinden atención primaria informada sobre el clima durante la estructura de las consultas pediátricas para niños sanos y otras consultas.