

De otras revistas

[About other journals]

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Rep. de Panamá.

Correspondencia: Dra. Aida Luis / Email: aidaluis@gmail.com

Fuente: JAMA Pediatrics, 2023; 177(5):489-497.

Título: Momento de la introducción de alimentos alergénicos y riesgo de alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E. Una revisión sistemática y metanálisis.

Título original: Timing of Allergic Food Introduction and Risk of Immunoglobulin E-Mediated Food Allergy: A Systematic Review and Meta-analysis.

Autores: Scarpone R, Kimkool P, Ierodiakonou D et al.

DOI original: 10.1001/jamapediatrics.2023.0142

Recibido: 5 de agosto de 2023

Aceptado: 5 de agosto de 2023

Publicado: 31 de agosto de 2023

Palabras clave: riesgo de alergia

Keywords: risk of allergies

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI:
10.37980/im.journal.rspp.20232226

RESUMEN

Importancia: La introducción temprana del huevo y el maní probablemente reduce el riesgo de alergia al huevo y al maní, respectivamente, pero no está claro si la alergia alimentaria en su conjunto se puede prevenir mediante la introducción temprana de alimentos alergénicos.

Objetivo: Investigar las asociaciones entre el momento de la introducción de alimentos alergénicos en la dieta infantil y el riesgo de alergia alimentaria.

Fuentes de datos: En esta revisión sistemática y metanálisis, se realizaron búsquedas de artículos en las bases de datos Medline, Embase y CENTRAL desde el inicio de la base de datos hasta el 29 de diciembre de 2022. Los términos de búsqueda incluyeron ensayo controlado aleatorio infantil y términos para alimentos alergénicos comunes y resultados alérgicos.

Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron la edad de introducción de alimentos alergénicos (leche, huevo, pescado, mariscos, nueces, trigo, maní y soja) durante la infancia y la alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E (IgE) de 1 a 5 años fueron incluido. La selección fue realizada de forma independiente por varios autores.

Extracción y síntesis de datos: Se utilizó la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses. Los datos se extrajeron por duplicado y se sintetizaron mediante un modelo de efectos aleatorios. El marco de clasificación de recomendaciones, evaluación, desarrollo y evaluación se utilizó para evaluar la certeza de la evidencia.

Principales resultados y medidas: Los resultados primarios fueron el riesgo de alergia mediada por IgE a cualquier alimento de 1 a 5 años y retiro de la intervención. Los resultados secundarios incluyeron alergia a alimentos específicos.

Resultados: De 9283 títulos examinados, se extrajeron datos de 23 ensayos elegibles (56 artículos, 13 794 participantes asignados al azar). Hubo evidencia de certeza moderada de cuatro ensayos (3295 participantes) de que la introducción de múltiples alimentos alergénicos entre los 2 y los 12 meses de edad (mediana de edad, 3 a 4 meses) se asoció con una reducción del riesgo de alergia alimentaria (riesgo relativo [RR], 0,49; IC 95%, 0,33-0,74; I² = 49%). La diferencia de riesgo absoluto para una población con una incidencia del 5 % de alergia alimentaria fue de -26 casos (IC del 95 %, -34 a -13 casos) por 1000 habitantes. Hubo evidencia de

certeza moderada de cinco ensayos (4703 participantes) de que la introducción de múltiples alimentos alergénicos entre los 2 y los 12 meses de edad se asoció con un mayor abandono de la intervención (RR, 2,29; IC del 95 %, 1,45-3,63; I² = 89 %). La diferencia de riesgo absoluto para una población con un 20 % de abandono de la intervención fue de 258 casos (IC del 95 %, 90-526 casos) por 1000 habitantes. Hubo evidencia de certeza alta de nueve ensayos (4811 participantes) de que la introducción del huevo entre los tres y los seis meses de edad se asoció con un riesgo reducido de alergia al huevo (RR, 0,60; IC del 95 %, 0,46 a 0,77; I² = 0 %) y evidencia de certeza alta de 4 ensayos (3796 participantes) de que la introducción del maní entre los 3 y los 10 meses de edad se asoció con un riesgo reducido de alergia al maní (RR, 0,31; IC del 95 %, 0,19 a 0,51; I² = 21%). La evidencia sobre el momento de la introducción de la leche de vaca y el riesgo de alergia a la leche de vaca fue de certeza muy baja.

Conclusiones y relevancia: En esta revisión sistemática y metanálisis, la introducción más temprana de múltiples alimentos alergénicos en el primer año de vida se asoció con un menor riesgo de desarrollar alergia alimentaria, pero con una alta tasa de abandono de la intervención. Son necesarias investigaciones futuras para desarrollar intervenciones alimentarias alergénicas que sean seguras y aceptables para los bebés y sus familias.

De otras revistas

[About other journals]

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Rep. de Panamá.

Correspondencia: Dra. Aida Luis / Email: aidaluis@gmail.com

Fuente: Front Neurol.
2023 Jun 29;14:1175370.

Título: Tratamiento del estado epiléptico convulsivo pediátrico.

Título original: Treatment of pediatric convulsive status epilepticus.

Autores: Becker LL, Gratopp A, Prager C, Elger CE, Kaindl AM.

DOI original: 10.3389/fneur.2023.1175370

Palabras clave: convulsiones en pediatría.

Keywords: seizures in pediatrics.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI:
10.37980/im.journal.rspp.20232226

RESUMEN

El estado epiléptico (EE) es una de las emergencias neurológicas potencialmente mortales más comunes en la infancia con la mayor incidencia en los primeros 5 años de vida y altas tasas de mortalidad y morbilidad. Si bien se sabe que un tratamiento tardío y una convulsión prolongada pueden causar daño cerebral permanente, existe evidencia de que los tratamientos actuales pueden retrasarse y las dosis de medicación administrada son insuficientes.

Aquí resumimos los conocimientos actuales sobre el tratamiento del estado epiléptico convulsivo en la infancia y proponemos un algoritmo de tratamiento. Realizamos una búsqueda bibliográfica estructurada a través de PubMed y ClinicalTrials.org e identificamos 35 estudios prospectivos y retrospectivos en niños <18 años que compararon dos o más opciones de tratamiento para el estado epiléptico.

Los estudios se dividieron en las fases de tratamiento comúnmente utilizadas. Como tratamiento de primera línea, se recomiendan las benzodiazepinas por vía bucal/rectal/intramuscular/intravenosa. Para el estado epiléptico tratado con benzodiacepinas refractarias, no se identificó superioridad de fosfenitoína, levetiracetam o fenobarbital. Hay datos limitados sobre los tratamientos de tercera línea para el estado epiléptico refractario que dura > 30 min.

Nuestro algoritmo de tratamiento propuesto, especialmente para niños con EE, es para ayudas de inicio dentro y fuera del hospital para promover el establecimiento y la distribución de pautas para abordar el retraso del tratamiento de manera agresiva y para reducir el daño neuronal putativo permanente. Se necesitan más estudios para evaluar si estos algoritmos disminuyen el daño a largo plazo y cómo tratar el estado epiléptico refractario que dura > 30 min.

De otras revistas

[About other journals]

Aida Luis

Hospital del Niño, Panamá, Rep. de Panamá.

Correspondencia: Dra. Aida Luis / Email: aidaluis@gmail.com

Fuente: Canadian Medical Association Journal, CMAJ. 2023 May 29; 195(21):E739-E746.

Título: Diagnóstico y manejo de la depresión en adolescentes.

Título original: Diagnosis and management of depression in adolescents.

Autores: Korczak D, Westwell C, Sassi R.

DOI original: 10.1503/cmaj.220966

Palabras clave: depresión en adolescentes.

Keywords: depression in pediatrics.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI:
10.37980/im.journal.rspp.20232226

RESUMEN

La depresión es común, una de las principales causas de discapacidad y una de las principales contribuyentes a la carga mundial general de morbilidad.

A pesar de que más del 40% de las personas con depresión experimentan el inicio antes de la edad adulta, la depresión permanece sin ser detectada en muchos adolescentes en Canadá, y la mayoría no reciben tratamiento. Los médicos, consistentemente informan claramente una falta de confianza en su capacidad para cuidar a los adolescentes con depresión.

Revisamos el diagnóstico y manejo de la depresión en adolescentes, aprovechando los recursos de evidencia disponibles y recomendaciones de guías internacionales.