

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. II - Marzo 2005 - nº 1

SUMARIO

EDITORIAL

-Una nueva etapa. **PAG 2**

LA OPINIÓN DE

-Juan Ruiz-Canela Cáceres. **PAG 3**

CARTAS

- Sección de Pediatría de Atención Primaria de Cáceres. **PAG 5**
- Plan Dental Infantil de Extremadura. **PAG 6**
- Pediatras para ayuda internacional. **PAG 6**
- El problema de la atención especializada en Pediatría. **PAG 7**

NOTICIAS

- Cursos Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud (1º semestre). **PAG 8**
- Otras actividades formativas de interés. **PAG 8**
- Programa IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. **PAG 9**
- Nota de la AEP en relación con la Plagiocefalia postural. **PAG 9**

ARTÍCULOS

- Plagiocefalia posicional. Recomendaciones para su prevención y tratamiento. **PAG 10**
- Diagnóstico y manejo de la rinitis alérgica en el niño.
Maite Callén Bleuca. **PAG 12**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA



Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE FERRING



UNA NUEVA ETAPA

Tras una andadura de 5 años, este 2005 iniciamos un cambio en nuestra publicación Foro Pediátrico. En esta nueva etapa se ha cambiado la portada, numeración...; como podéis ver todo se parece más a una revista como tal y ese es el objetivo final de nuestro Foro: el que sea una revista de consulta además de ser el espacio (junto con la web) donde se informe de todas aquellas actividades formativas de interés en nuestro ámbito de la Atención Primaria y de las relaciones y acuerdos entre nuestra Sociedad y el Servicio Extremeño de Salud.

Como recordaréis todo empezó hace casi 6 años cuando, dentro del seno de la entonces Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz, se decidió hacer un boletín de carácter informativo para todos los socios y además aprovechar para publicar todas aquellas actividades de formación continuada que la Sección organizase. Tras la formación de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura el boletín pasa a ser la publicación oficial de la Sociedad.

En estos casi seis años de vida hemos podido comprobar que Foro Pediátrico ha ido creciendo poco a poco, no sin encontrar escollos en su camino, como problemas para encontrar patrocinador, falta de material para publicar, problemas con la imprenta, lo que ha hecho que no se haya podido cumplir con la intención inicial de realizar cuatro números anuales. En la mayoría de los casos se han publicado tres números anuales, a veces con

importantes retrasos en la distribución de la revista, de tal forma que en ocasiones os informábamos de situaciones o actividades que ya habían tenido lugar. Esperamos que a partir de ahora todos estos problemillas se vayan subsanando y consigamos cumplir los objetivos.

En este momento el objetivo continúa siendo realizar cuatro números anuales que corresponderían a los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre a los que tendríamos que añadir como números especiales o extraordinarios aquellos que recojan las actividades que nuestra Sociedad organiza (ej. en este año el IV Foro a celebrar los días 1 y 2 de Abril).

Como ya sabéis, la revista se ha nutrido fundamentalmente de las actividades de formación continuada organizadas por la Sección de Badajoz. De aquí en adelante también se quiere dar cabida a todo tipo de artículos científicos de otras procedencias (regionales, nacionales, o, incluso, internacionales).

Además esperamos que nos enviéis información puntual de todas aquellas situaciones en relación con nuestro trabajo que os preocupen o consideréis de interés para todos nosotros.

Desde aquí os animamos a participar en nuestra revista para que ésta sea realmente una publicación de todos y para todos

Jaime Javier Cuervo Valdés
Editor



Juan Ruiz-Canela Cáceres

Presidente Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria AEPap

La nueva Pediatría y la especialización

Juan José Morell ha acuñado el concepto de Pediatra de familia porque, a diferencia de otras profesiones, la evolución en los modelos familiares, el nuevo patrón de enfermedades y los avances en genética etc., hacen cada vez más imprescindible que exista un profesional experto cercano y que aborde los problemas de forma integral de los niños y los jóvenes. Pero desde siempre con denominaciones diversas, los pediatras de atención primaria (PAP) han estado ligados a la familia y su entorno, a las necesidades de cuidado de los niños y adolescentes.

Los PAP suman casi 6.000 profesionales en la totalidad del Estado Español, constituyendo uno de los colectivos más numerosos tras los médicos de familia. En los medios de comunicación profesionales se sitúa a la Pediatría como una especialidad amenazada a medio plazo por la carencia de profesionales. Nuestra impresión es que esa situación se deriva de una falta de previsión de las autoridades y, también, creo que en ocasiones se hace un excesivo énfasis con la intención de instrumentalizarlo.

Es cierto que la pediatría no está al margen de la crisis demográfica que sacude al colectivo médico español, consecuencia de las medidas selectivas que se aplicaron para restringir la entrada de alumnos en las facultades de medicina en los años 70-80. La situación ha cambiado mucho desde entonces y aquellas medidas que se adoptaron pueden no ser adecuadas en la actualidad, y ese fenómeno se agrava por la limitación de las plazas MIR. Desde la Asociación Española de Pediatría se ha reaccionado con el inicio de un estudio riguroso sobre las necesidades de pediatras para el futuro en nuestro país, que tenga en cuenta la situación actual y contribuya a clarificar la situación, empeño nada fácil.

Yo pienso y creo, como la mayoría de nosotros, que hay muchas razones de peso para sustentar el modelo de atención español. Una de ellas, es el excelente perfil de coste/efectividad del mismo. Diversos

estudios realizados a nivel internacional¹ ponen de manifiesto que, con una atención sanitaria donde existan PAP las coberturas vacunales son superiores y los indicadores de salud mejores para la población infanto-juvenil; y comparativamente superiores a modelos de atención sanitaria con superior dedicación del PIB a temas de salud. Incluso, algunos modelos tan prestigiados como el inglés, han creado la figura del pediatra comunitario preocupados ante la alarmante tasa de hospitalización de niños. Nuestro país puede presumir en todos los foros internacionales de tener unos indicadores brillantes en el ámbito infanto-juvenil, a pesar de realizar una baja aportación de PIB en salud.

En nuestro futuro inmediato, además, tendremos unas tasas de inmigración cercanas en algunos lugares al 8%, que repuntan la natalidad; y un incremento de las enfermedades crónicas en la infancia, que afectan al 10% de los niños. Entonces no parece aconsejable que haya regresión en el modelo de atención sanitaria. Un ejemplo ilustrativo de las consecuencias del cambio, lo tendríamos en la evaluación de la atención al niño asmático, enfermedad con una prevalencia estimada del 10% en menores de 14 años. Si un niño fuera asistido exclusivamente en un cupo familiar o "de adultos", el número de niños asmáticos por cupo se reduciría a un 1% y ello incrementaría su probabilidad de hospitalización, por ausencia de experiencia con la entidad.

Finalmente, los que atendemos niños sabemos que sólo se diagnostica lo que se piensa, y resulta que la alternativa al pediatra es un profesional que ha dedicado al área infanto-juvenil sólo tres meses de su formación, y el riesgo se incrementa; mientras el MIR de Pediatría tiene una duración de 4 años. La población parece tener clara la respuesta, los políticos y gestores deben reflexionar sobre las frecuentes noticias en muchas comunidades, donde las familias se manifiestan exigiendo pediatras y avanzar en ese modelo que es más eficiente para las necesidades de los niños y evita la hospitalización innecesaria.



Otro aspecto del afán homogenizador es el modelo de relación entre la atención hospitalizada y la atención primaria pediátrica. Aunque pueda ser cierto, como dirían algunos, que no están oficialmente reconocidas las especialidades pediátricas, sin embargo, en nuestro país hay pediatras hospitalarios que tienen como principal actividad sólo un aspecto concreto de la Pediatría como: la Nefrología, Cardiología etc., en el marco de hospitales provinciales o regionales y que han adquirido competencia para abordar los problemas más complejos que se producen de esa especialidad en la edad infanto-juvenil.

También creo que hay dos argumentos muy validos. En primer lugar, es incuestionable que la hospitalización es un trauma para el niño y los hospitales de niños son diferentes en su diseño, porque tienen espacios lúdicos, Bibliotecas, salas de juego y programas de enseñanza. Un segundo aspecto para mi fundamental es tener la vocación de trabajar con los niños, que no esta muy generalizada en las especialidades diferentes a la Pediatría. El Profesor Arana² en un reciente artículo en El Médico, comenta que un objetivo de los servicios sanitarios es elevar la satisfacción del usuario-niño, hacerle más cómoda la estancia y menos traumática su vivencia de enfermedad. Una aplicación estricta del modelo de área sanitaria autosuficiente, nos lleva a la paradoja de que los niños serán atendidos en ambientes menos confortables, por médicos especialistas reconocidos oficialmente, pero que están menos predisuestos vocacionalmente a la atención de lo niños y jóvenes.

También es cierto, siendo realista, que no sería posible por el volumen de pacientes, disponer de todos los sub-especialistas pediátricos en cada área. Mi idea es apostar por la innovación, como alternativa a ese modelo de homogenización, que no responde a las

necesidades de los niños. Por un lado, incrementar la capacidad de resolución del pediatra de atención primaria, permitiendo el acceso a pruebas que disminuyan las derivaciones; en segundo lugar, aprovechar la bondad de las nuevas tecnologías con ese objetivo; y, finalmente, flexibilizar ese modelo del área en la atención del niño y adolescente. Un ejemplo posible de esa relación, que se describe en la bibliografía, es la evaluación cardiológica del niño³. Los pediatras cardiólogos tienen en primer lugar una actitud paciente ante el niño, porque están acostumbrados a buscar los momentos de tranquilidad del niño y son conscientes de las distintas variaciones normales que tiene el niño en su desarrollo; pero utilizan una tecnología, la Ecocardiografía, que los hace expertos y resolutivos en la valoración de las cardiopatías congénitas. Para conseguir mejorar la asistencia, por un lado es necesario que las derivaciones disminuyan, incrementando la capacidad de resolución de los pediatras en primaria, porque sería imposible atender todos los "soplos" con cardiólogos pediatras. Al llegar a esta situación tendríamos dos opciones, una de ellas sería el uso de la Ecocardiografía por los pediatras de primaria, con el inconveniente de que la prestación mejora en función del experto que lo realiza (más especialista se obtienen mejores resultados); y otra mas sensata, a mi modo de ver las cosas, es asegurar la comunicación pediatra de atención primaria-cardiólogo pediatra. Por ejemplo, el uso de la telemedicina permite digitalizar el sonido y enviar un mail a distancia; ello conllevaría mantener el niño en su entorno, conseguiría el beneficio de la interacción entre el pediatra y su especialista cardiólogo-pediatra, revisando la auscultación. Sólo se realizarían la Ecocardiografías producto del acuerdo de ambos y al niño finalmente se le aseguraría la mejor asistencia posible en toda la extensión de la comunidad a un coste razonable.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 2002 May;109(5):788-96.
- 2.Arana Araujo JI. El Hospital infantil: algo más que un centro sanitario. *El Medico-Diario electrónico* del 17 de Febrero del 2005.
- 3.Dahl LB, Hasvold P, Arild E, Hasvold T. Heart murmurs recorded by a sensor based electronic stethoscope and e-mailed for remote assessment. *Arch Dis Child*. 2002 Oct;87(4):297-301



Sección de Pediatría de Atención Primaria de Cáceres de SPAPex

En la reunión realizada en el Colegio de Médicos de Cáceres el día 1-2-2005 se acuerda ratificar la decisión tomada el pasado día 2 de Diciembre de 2004, por parte de todos los pediatras presentes, de mantener nuestra Sección de Pediatría de Atención Primaria de Cáceres. Para que sea más operativa y funcional y superar las dificultades de la dispersión geográfica que padece el colectivo de pediatras de AP, y dado que nuestra provincia se divide en 4 Áreas sanitarias, se decide el nombramiento de cuatro vocales, uno por cada Área de Salud, que conforman su nueva Junta Gestora; quedando estructurada de la forma siguiente:

- 1- Área de Navalmoral de la Mata: Maged Hussein Abdulrazzak. C.S. Villanueva de la Vera
- 2- Área de Cáceres: M^a Pilar Arenas García. Consultorio local Casar de Cáceres
- 3- Área de Coria: Luis de Dios Escobero. C. S. Moraleja
- 4- Área de Plasencia: Consuelo Cañedo Hernández. C. S. Plasencia III

El objetivo principal de esta Sección es ser la organización que representa al colectivo de pediatras de AP de la provincia Cáceres, además de constituir un núcleo importante junto a la Sección de Badajoz y dentro de la Sociedad de Pediatría de AP de Extremadura para reivindicar nuestros derechos ante los gestores de la sanidad. Aparte de esta reivindicación laboral se pretenden unos objetivos que son los siguientes:

- 1- Aglutinar al colectivo e incitar su identificación con la organización, a través de activar la intercomunicación en todos los niveles: científico, profesional y humano.
- 2- Estimular la constitución de grupos de trabajo con el fin de estudiar, investigar y profundizar en los conocimientos de nuestra especialidad para lograr un nivel de actualización permanente, con el objetivo de mejorar y ofrecer una asistencia sanitaria pediátrica de calidad en Atención Primaria.
- 3- Promocionar la relación entre AE y AP, siempre desde el respeto mutuo, partiendo desde nuestros conocimientos y aplicando nuestras funciones asistenciales con responsabilidad y calidad desde AP, para que sea el impacto de nuestro acto medico de atención pediátrica más eficaz e eficiente.
- 4- Reclamar ante las autoridades la presencia de la figura de enfermería de pediatría, que precisa unos conocimientos específicos para ser aplicados sobre una población infantil especial y peculiar, donde este nivel de especialización no se adquiere con optimas garantías durante el periodo de formación general de enfermería.

- 5- Procurar ampliar la cartera de servicios y extender su contenido a otros programas y protocolos como: Asma, Obesidad, Enuresis nocturna, Educación para la Salud en escuelas,...

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Oficina Plan Dental

Estimado/a :

El día 29 de diciembre de 2004 el Consejo de Gobierno aprobó el decreto 195/2004, publicado en el DOE de 8/01/05 y del que te envió una copia, que regula la prestación de la Asistencia Bucodental a la población infantil.

El Plan de Atención Dental Infantil intenta dar respuesta y solución a los altos índices de caries y gingivitis presentes en nuestra Comunidad, pues, como ya conoces, el 50% de los niños de 12 años tienen caries, porcentaje que se eleva al 70% a los 15 años, además sólo el 17% de nuestros niños goza de salud gingival y los datos de nuestra propia encuesta de salud ponen de manifiesto que el 63% de nuestros niños no va nunca al dentista.

El plan incluye a los niños de 6 a 15 años que tengan derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Extremeño de Salud. A tal efecto el menor será incluido en el programa el año en que cumpla 6 y permanecerá en él hasta el 31 de diciembre del año en que cumpla 15.

La implantación será progresiva, **durante este año se incorporarán al Plan los niños nacidos en los años 1998 y 1999**. Cada año se incorporarán los niños que cumplan 6 años.

Las prestaciones están recogidas en el Decreto y, básicamente, comprenden:

- o Revisión de la salud oral.
- o Asistencia a las urgencias.
- o Tratamientos asistenciales básicos (flúor, selladores, empastes, limpiezas)
- o Tratamientos asistenciales especiales (tratamientos relacionados con los traumatismos del grupo incisivo canino y endodoncias).

La asistencia será prestada por:

- Dentistas del SES desde las USBD.
- Dentistas del sector privado que, libremente, quieran participar y que a tal efecto obtengan la habilitación del SES.

Los niños recibirán en su domicilio un talón asistencial y un directorio con los profesionales adscritos, los padres del menor elegirán libremente un dentista de



la relación y el talón servirá como medio de pago. Los tratamientos especiales deben ser específicamente autorizados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La figura del Pediatra adquiere especial relevancia en el desarrollo de este Plan por lo que consideramos imprescindible, una vez más, tu colaboración detectando y canalizando los problemas orales.

Para cualquier aclaración sobre este asunto puedes dirigirte a la dirección abajo indicada. Con mi agradecimiento por tu ayuda, recibe un cordial saludo.

Mérida, 27 de Enero de 2005

EL DIRECTOR DE LA OFICINA
DEL PLAN DENTAL

Fdo.: Jesús Rueda García

PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE EXTREMADURA.

¿QUÉ ES EL PADIEx?

Es un Plan de Atención Dental para los niños extremeños.

Su finalidad es lograr una buena salud bucodental para nuestros hijos aplicando medidas preventivas y los tratamientos necesarios.

¿A QUIEN VA DIRIGIDO?

A todos los niños residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Estarán incluidos en el Programa desde el año en que cumplan 6 años, permaneciendo en el mismo hasta el año en que cumplan 15.

¿CUÁNDO COMIENZA?

A primeros de 2005.

¿CON QUIENES?

Con los niños de 6 y 7 años, es decir los nacidos en 1998 y 1999, incorporándose cada año al Programa los niños que cumplan 6 años.

¿QUE TRATAMIENTOS INCLUYE?

Cada niño incluido en el programa tendrá un Dentista de Cabecera que será el responsable de su salud oral y que le realizará:

1. Una revisión anual del estado de su salud oral.
2. Recomendaciones higiénico-dietéticas para prevenir las enfermedades orales.
3. Procedimientos preventivos con selladores de fisuras.
4. Tratamiento de la caries y traumatismos de su dentición permanente.
5. Y naturalmente, las urgencias bucodentales.

Carta de la AEPap dirigida al Ministerio de Sanidad sobre pediatras para ayuda internacional

Sr. D. Manuel Oñorbe de Torre.
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA.
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
22 de Febrero 2005

Estimado Director General:

El motivo de la presente carta es informarle que en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), organización que aglutina a los pediatras de atención primaria de España, fuertemente sensibilizados ante las diferentes catástrofes que afectan al mundo hemos decidido impulsar a través de nuestro Grupo de Cooperación Internacional, una lista con un grupo de pediatras voluntarios que pueda acudir a las zonas donde se precisen. Este grupo ya constituido y que asume esta nueva función, lo lideran Dolors Canadell Villaret (pediatra de Cataluña [21223dvc@comb.es]) y Maite de Aranzabal (pediatra del País Vasco [mdearanzabal@apar.osakidetza.net])

La AEPap informará en este sentido con todos los medios que en la actualidad disponemos, como son nuestra pagina Web (www.aepap.org), revista Pediatría de Atención Primaria, listas de distribución de la REDIRIS y cartas a los afiliados. La intención es ofertar la posibilidad de integrarse en este grupo de ayuda a los pediatras del Estado que lo deseen.

Lo cual ponemos en su conocimiento por si pudiera ser de utilidad en la ayuda que el Ministerio de Sanidad pueda realizar con otros Estados.

Para efectuar contactos sobre este tema o las aclaraciones que precise, ruego contacte con José Luis Montón Álvarez (pediatra del Servicio Madrileño de Salud) [jilmonton@ya.com]).

Atentamente le saluda
Juan Ruiz-Canela Cáceres
Presidente de la AEPap

Cartas

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

Sociedad de Pediatría
de Atención Primaria de Extremadura

FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón, 21. BADAJOZ
Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





El problema de la atención especializada en Pediatría

La división del mapa sanitario de Extremadura en Áreas de Salud probablemente supone, desde el punto de vista de la gestión de recursos, un avance importante.

Este sistema ha dado lugar en la práctica a que si un Área no cuenta en su cartera de servicios con un determinado recurso, se puede solicitar en otra Área que lo posea, dentro de la propia Comunidad Autónoma.

De hecho, existen Servicios o Unidades ubicados en puntos concretos de la región que atienden en su especialidad a toda la población de la Comunidad Autónoma que lo requiere.

Esto, que se observa claramente en la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas no se traduce de la misma manera cuando se aplica a la especialidad de Pediatría y a la atención pediátrica.

Sin entrar en el tema del reconocimiento o aprobación de las especialidades pediátricas (o acreditación en áreas específicas), tema suficientemente debatido en reuniones y congresos, el hecho es que los pediatras de atención primaria, si disponen de los medios adecuados, asumen, además de labores de prevención y promoción de la salud, la mayor parte de la patología aguda y un gran porcentaje de la atención de problemas crónicos de la población infanto-juvenil.

Para los mas jóvenes habrá que recordar que hace tan solo 20 años, en las consultas externas de pediatría de cualquier hospital del Estado, un gran porcentaje de los pacientes atendidos eran niños con infecciones respiratorias recurrentes, asma, infección urinaria, variantes de la normalidad del crecimiento, diarrea crónica inespecífica, trastornos simples del apetito, alteraciones ortopédicas menores y un largo etcétera de procesos que hoy se asumen con toda normalidad en atención primaria.

La pediatría de atención primaria ha contribuido también de forma significativa, a la disminución en la hospitalización de niños y adolescentes. Hoy en día, excluyendo el periodo neonatal, se hospitalizan menos niños, y muchos de ellos lo hacen más por problemas sociales concomitantes que por la propia patología en sí.

El problema se plantea cuando los pediatras de atención primaria precisan para sus pacientes una asistencia especializada y resolutive que no existe en su correspondiente Área de Salud.

Estos pacientes, en lugar de ser derivados directamente al hospital de referencia donde existe la especialización en áreas específicas, como ocurre con el resto de las especialidades médicas, son atendidos en el hospital de Área, basándose en el concepto de que el pediatra hospitalario, por el hecho de ser especialista en Pediatría puede atender cualquier patología. Este concepto hoy en día es insostenible y da lugar a una serie de consecuencias:

1. Por un lado, obliga al paciente a ser asistido en el hospital de Área, donde no existen áreas de especialización (y, a veces, ni los recursos necesarios), para posteriormente ser derivado al hospital de referencia.
2. Por otro, permite al hospital de referencia rechazarlo, en el caso de solicitarse asistencia directamente, alegando que debe ser atendido en su Área.
3. Además, permite a la administración no cubrir cada Área con el número necesario o básico de especialistas pediátricos, lo contrario de lo que hoy en día ocurre con el resto de especialidades médicas, que continúan incrementando sus plantillas.

Por tanto, al pediatra de atención primaria, como conecedor que es de la cartera de servicios de su Área, se le debería respetar su criterio de derivación y no ser interferido por un sistema que da lugar, cuando menos, a demoras injustificadas y la consecuente repercusión sobre el niño y la familia.

Como nos dejo escrito Blas Taracena del Piñal, insigne pediatra fallecido hace tres años, presidente de honor de la Sección de Adolescencia de la AEP, en un artículo sobre la formación pediátrica en España durante los últimos 50 años (colaboración especial en la revista *Pediatría de Atención Primaria*):

“Debería organizarse la Pediatría de Asistencia Primaria favoreciendo una conexión mas fluida entre los pediatras generalistas y los especialistas, de tal forma que el apoyo y ayuda entre ambos grupos fuese rápido y directo, sin ser necesario en muchos casos el envío al hospital, que por supuesto, continuaría recibiendo aquella patología que se saliese del marco de sus posibilidades, dando la opción de asistir a estos niños no solamente en las áreas mejor dotadas, si no también en aquellas otras en las que las condiciones socio-sanitarias fueran mas deficientes”.

Honremos su memoria haciendo nuestras sus palabras y que así sea.

*José Luis Paz Azcárate
Pediatra. EAP Mérida Norte*



CURSOS ESCUELA DE ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD (1º semestre)

DOE de 10 de febrero de 2.005

CURSO / SEMINARIO	Fecha	Horas lectivas	Horario	Final Plazo de inscripción	Ciudad	Entidad Colaboradora
Detección temprana de los trastornos del espectro autista	4 y 6 de abril	8	17:00 a 21:00 h.	15 de marzo	Cáceres	ASPANABA
Educación para la Salud: enfoque multidisciplinar	28 al 30 de marzo	15	9:00 a 14:00 h.	15 de marzo	Badajoz	
Educación para la Salud: enfoque multidisciplinar	1 al 3 de junio	15	9:00 a 14:00 h.	1 de mayo	Cáceres	
Seminario. Derecho sanitario	3 de mayo	8	9:00 a 14:00 h. y 16:00 a 19:00 h.	3 de abril	Cáceres	
Taller. Entrevista motivacional	5 y 6 de mayo	20	9:00 a 14:00 h. y 16:00 a 21:00 h.	5 de abril	Badajoz	SEXMFYC
Taller. Entrevista motivacional	31 de mayo y 1 de junio	20	9:00 a 14:00 h. y 16:00 a 21:00 h.	30 de abril	Plasencia	SEXMFYC
Alergias a medicamentos	5 y 6 de mayo	11	16:00 a 21:30 h.	5 de abril	Badajoz	
Alergias a medicamentos	7 y 8 de junio	11	16:00 a 21:30 h.	7 de mayo	Cáceres	
Atención a los problemas de Salud mental más prevalentes en la edad pediátrica	10, 11 12, 17, 18 y 19 de mayo	24	16:00 a 20:00 h.	10 de abril	Badajoz	SPAPEX
Actualización en Vacunas 2005	16 al 18 de mayo	18	8:30 a 14:30 h	16 de abril	Badajoz	
Formación de formadores en habilidades de comunicación	24 al 27 de mayo y 27 y 28 de junio	69	9:00 a 14:00 h. y 16:00 a 20:00 h.	24 de abril	Badajoz	

OTRAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DE INTERÉS

XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de AEP. Albacete, 22 y 23 de Abril de 2005

2ª edición del Curso online sobre Asma en pediatría del Grupo de Vías Respiratorias de AEPap (acreditado por la Comisión Nacional de Formación continuada con 8,7 créditos).

Se puede encontrar información y hacer la inscripción en la página web de la AEPap www.aepap.org o en la página RESPIRAR www.respirar.org

I Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que se celebra durante el 54º Congreso de AEP. Murcia, 2 al 4 de Junio de 2.005

Puedes consultar programa en: www.aepap.org

3º Curso de Actualización Pediatría 2005 de AEPap. Madrid, 13 al 15 de Octubre de 2.005



PROGRAMA IV FORO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA

BADAJOS 1-2 ABRIL 2005

VIERNES 1 ABRIL 2005

17:30-20:30 Talleres simultáneos.

- Exploración funcional del aparato locomotor (2 grupos)

Alberto Delgado Martínez (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario de Jaén, Profesor asociado, Universidad de Jaén)

Ignacio Martínez Caballero. Traumatólogo infantil del Hospital del Niño Jesús, Madrid.

- Taller: Modelos de coordinación en atención sociosanitaria

Moderador: Juan J. Morell Bernabé. *Pediatra de Atención Primaria. Centro Extremeño de Desarrollo Infantil*

Ponentes: Isabel Botana del Arco. *Pediatra de Atención Primaria. EAP de Talavera la Real (Badajoz)*

Inmaculada Sánchez Becerra. *Trabajadora social. SSB Mancomunidad Vegas Bajas Guadiana II*

Arturo Domínguez Giralt. *Logopeda. Equipo de Atención Temprana de Badajoz*

Inmaculada Sánchez Casado. *Psicóloga. Dpto. Psicología. Facultad de Educación UEX*

20:30. Inauguración oficial.

SÁBADO 2 ABRIL 2005

9:00-12:00. Talleres simultáneos (repetición)

12:30-14:00. Mesa redonda profesional. Aspectos ético-legales-profesionales en el ejercicio del pediatra de atención primaria.

Moderador: Prado Leo Canzobre (Pediatra, CS Oliva de la Frontera, Badajoz)

Aspectos éticos. Xavier Allué Martínez (Pediatra, Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII).

Problemática profesional. José María Antequera Vinagre (Profesor de Derecho Sanitario y Bioética, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid)

16:00-17:00. Asamblea Ordinaria de la SPAPEX

17:00-19:00. Mesa redonda de actualización científica. Manejo de la obesidad infantil en atención primaria.

Moderador: María Ángeles Martín Rodríguez (Pediatra, CS Jerez de los Caballeros, Badajoz).

Aspectos epidemiológicos. Situación actual en Extremadura. José E. Campillo Álvarez (Departamento de Fisiología Médica, Universidad de Extremadura).

Prevención y promoción de hábitos saludables. M. Carmen Gutiérrez Moro (Pediatra, CS Puerto Real, Cádiz)

Manejo práctico del paciente obeso en Atención Primaria. Elena Fernández (Pediatra, CS Salobreña, Granada)

19:30-20:30. Conferencia magistral. Tema: «Los niños y la televisión»

Pedro Núñez Morgades. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid

Cena de Clausura. Hotel S. João de Deus. Elvas (Portugal). Acompañante: 40 •

Plagiocefalia Postural

Nota informativa del Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte

Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría en España (GEPMSL de la AEP)

En la Reunión Administrativa del «Grupo de Trabajo» celebrada el pasado 17 de Junio del 2004 en Madrid, al finalizar el V Simposio Nacional del SMSL, se trató como uno de los puntos del orden del día, el citado de la Plagiocefalia postural. Este tema fue también punto de reflexión durante el Simposio.

Una de las conclusiones, la fundamental, fue que **«éste defecto es fruto de una postura mantenida durante el sueño y reposo del niño, siempre en la misma posición. Evitarlo, es fácil con medidas preventivas, lo que hace innecesarios otros tratamientos más costosos (cascos correctores) y de riesgo para la salud en algunos casos (cirugía)»**.

En opinión del «Grupo de Trabajo» para la prevención de la Muerte Súbita, de los expertos (neurocirujanos) presentes durante el Simposio, haciéndonos también eco de la demanda de los padres perjudicados al respecto y de las propias recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría, es urgente la difusión de éstas medidas de prevención entre los pediatras. Para ello sugerimos:

1. Que dado que se trata de un asunto de salud pública, se envíe desde la AEP a las distintas Consejerías de Salud, una nota informativa con sugerencias al respecto, para difundir entre los profesionales de la pediatría y la Atención Primaria.
2. Que se solicite también desde esa misma instancia, que en las Cartillas de Salud o Libros de Puericultura, que se entregan en las maternidades, se incluya recomendación fundamental de que los niños deben de dormir boca arriba, pero deben de evitar mantener una posición fija y adoptar otras posiciones cuando estén despiertos.
3. Que estas mismas sugerencias se difundan en Anales Españoles de Pediatría, en el Boletín Informativo de la AEP (Pediatría información) y en la web de la AEP, donde el «Grupo de Trabajo» del SMSL ya tiene ubicación.

Publicado en la web www.aeped.es el 14 de Noviembre del 2004



PLAGIOCEFALIA POSICIONAL. RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (tomado de las referencias bibliográficas citadas al final del texto)

Es la causa más común de plagiocefalia. No es provocada por una sinóstosis de suturas, sino por la presión constante sobre la parte posterior del cráneo.

Antes del año 1992 los riesgos principales asociados a la plagiocefalia posicional eran los derivados de un ambiente uterino restrictivo (por macrocefalia, embarazo múltiple, útero pequeño, exceso o defecto de líquido amniótico, presentaciones de nalgas) y de la tortícolis muscular congénita.

Después de la recomendación de la Academia Americana de Pediatría sobre la posición de decúbito supino durante el sueño para reducir el síndrome de muerte súbita del lactante, los pediatras observamos un incremento importante de niños con aplanamiento posterior de la cabeza. Pero este hallazgo debe ser evaluado correctamente y considerar todos los factores que intervienen, para así adoptar las medidas preventivas adecuadas que minimicen el problema; y debemos seguir insistiendo en la posición en decúbito supino para dormir los bebés, que ha permitido disminuir el cuadro de muerte súbita del lactante en torno a un 50% desde el año 1992.

La plagiocefalia posicional puede ser diagnosticada rápida y fácilmente observando la forma de la cabeza. Se debe mirar la cabeza desde el vértex; desde este punto se aprecian bien los aplanamientos occipitales así como la posición de los pabellones auriculares y la asimetría de la facies, especialmente la protusión de la región frontal ipsilateral al aplanamiento occipital .

El tratamiento de la plagiocefalia posicional requiere un esfuerzo creciente de los pediatras, orientado a:

- Realizar un diagnóstico precoz y

- Educar a los padres para que tomen parte activa en las medidas de tratamiento conservador.

Las medidas terapéuticas consisten en:

1. Medidas de prevención: cambios posturales o posicionales:

- 5 minutos de posición “tummy” (en mochila delantera o “de vientre”) varias veces al día durante las primeras 6 semanas de vida

- Cambios frecuentes en la posición de la cabeza; debemos intentar reeducar el giro de la cabeza, hacia la izquierda si siempre duerme del lado derecho y hacia la derecha si lo hace hacia la izquierda. Para ello: poner a dormir al niño, alternativamente a un extremo y otro de la cuna; de igual forma, a la hora de cambiarle el pañal, alternar la posición de la cabeza a uno u otro extremo del vestido; colocar los juguetes o llamar la atención del niño a uno y otro lado de la cuna, de la sillita o coche de paseo; alternar los lados a la hora de darle de comer.

- Promover la posición en decúbito prono mientras está despierto y durante el juego; favoreciendo que gire la cabeza hacia el lado que nos interesa, mostrándoles juguetes, acercándoles objetos musicales o hablándoles. En algunos casos, los niños acostumbrados al decúbito supino no aceptan el decúbito prono, pero debemos habituarlos, de forma paulatina.

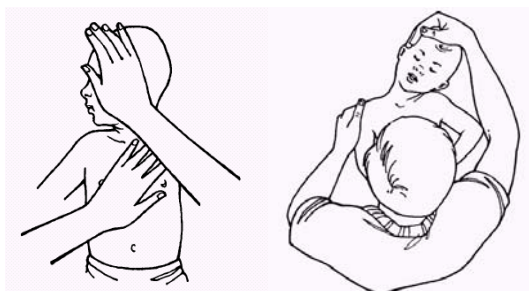
2. Ejercicios de estiramiento del cuello.

Alrededor del 75% de las plagiocefalias posicionales tienen asociado algún grado de tortícolis, por afectación del músculo esternocleidomastoideo (ECM). Es preciso reeducar los músculos del cuello para conseguir su máxima movilidad; se enseñarán los ejercicios de corrección de la tortícolis a los padres. La frecuencia de los ejercicios debe ser cada vez que se cambian los pañales y por lo menos tres veces cada vez para cada uno de los ejercicios.



○ **Ejercicio 1 (mentón a hombro):** diseñado para mejorar la rotación de la cabeza del niño a derecha e izquierda. Hay que poner una mano en el pecho del niño y la otra en la parte lateral de la cara. De manera suave, pero firme, girar la cabeza de manera que el mentón se mueva hacia el hombro. Girar la cabeza hasta el punto de resistencia, aguantar 30 segundos, y soltar. Sólo debemos tratar aquel músculo que esté limitado, generalmente el contrario al lado de la plagiocefalia. Es decir, para una plagiocefalia posterior del lado derecho, debemos elongar el músculo ECM izquierdo y a la inversa.

○ **Ejercicio 2 (oreja a hombro):** diseñado para mejorar la lateralización de la cabeza. Poner una mano en la parte alta del pecho y zona del hombro de manera que impida que se mueva el cuerpo. Poner la otra mano en la parte superior de la cabeza. De manera suave, pero firme, inclinar la cabeza hacia el lado, llevando la oreja hacia el hombro. Llegar hasta el punto de resistencia, aguantar 30 segundos, y soltar.



Estos ejercicios se repetirán hasta conseguir una movilidad normal del cuello. Al principio, al intentar vencer la resistencia muscular, los lactantes se quejan y lloran. Sin embargo hay que ser persistente para conseguir mejorar progresivamente la movilidad del cuello.

3. Tratamiento ortésico: craneoplastia ortésica dinámica

4. CIRUGÍA: No suele ser necesaria si se siguen las recomendaciones anteriores, teniendo su indicación únicamente en los casos de deformidad craneal debida a craneoestenosis por cierre precoz de las suturas craneales o en casos graves no corregidos de plagiocefalia posicional

Indicaciones para consultar al Serv. de Neurocirugía ó Cirugía craneofacial:

1. Si existen dudas en el diagnóstico, será el neurocirujano quién indicará, en su caso, la realización de tomografía computarizada tridimensional, mediante la cual se comprobará la existencia o no de una sinóstosis verdadera.

2. Si la deformidad es importante, para valorar la indicación de alguno de los tratamientos posibles.

BIBLIOGRAFÍA:

1. En: http://www.aeped.es/comunicado/plagiocefalia_postural.htm . Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría en España (GEPMSL de la AEP).

2. Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Relación entre la posición supina para dormir de los lactantes y la plagiocefalia posicional, consideración de otros factores etiológicos. Recomendaciones para su prevención y tratamiento. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). En: <http://www.aeped.es/gepmsl/plagiocefalia.htm>

3. En: <http://www.plagiocefalia.com> . Página española dedicada exclusivamente a esta patología consistente en la deformidad craneal que padecen algunos niños pequeños



DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA RINITIS ALÉRGICA EN EL NIÑO

Contestando quince preguntas de interés

Maite Callén Blecua. Pediatra EAP de Bidebieta, San Sebastián
Grupo de MBE pediatría de Gipuzkoa: E. Alustiza, I. Aseguinolaza, I. Ozcoidi y J.I. Emparanza
XVI Jornadas de Pediatría en Atención Primaria. Vitoria-Gasteiz, 26 de Noviembre de 2004 El documento está colgado en la página de la AVPap. www.avpap.org

INTRODUCCIÓN

Definición y Prevalencia

La rinitis alérgica (RA) es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia¹. Se define, clínicamente, como un trastorno sintomático de la nariz inducido por una inflamación mediada por IgE de las membranas que la recubren después de la exposición a un alérgeno². Los síntomas más característicos son los estornudos, el prurito nasal, la rinorrea y la obstrucción nasal. Son frecuentes en los niños el "saludo alérgico" (frotar la nariz con la mano por causa del picor y la rinorrea), las ojeras y el ceño alérgico. Cuando es persistente también puede provocar respiración oral, ronquido, tos crónica, disminución de la audición y epistaxis³.

En algunos casos la reacción inflamatoria de la rinitis no puede ser atribuida a alérgenos, es la *rinitis no alérgica*; las causas son distintas: infecciosa, estructural, tumores, poliposis nasal, colinérgica, y los síntomas pueden ser difíciles de distinguir (Figura 1.)

test positivo que pone de manifiesto la sensibilización al alérgeno⁴.

Entre 10-40% de los niños tienen rinitis alérgica⁵; la prevalencia está aumentando en los países occidentalizados. Aunque no es una enfermedad grave, tiene gran importancia debido al impacto sobre la calidad de vida y el rendimiento escolar de los niños, problema que se agrava al ser frecuentemente infradiagnosticada e infratratada¹

El asma y la rinitis son enfermedades comórbidas que sugieren el concepto "una vía aérea una enfermedad". Un alto porcentaje de pacientes con rinitis (20-40%) tienen asma, mientras que un 30-50% de asmáticos tienen rinitis. Se ha sugerido que un óptimo manejo de la rinitis puede prevenir la aparición de asma o mejorar el asma coexistente⁶.

Clasificación

La rinitis alérgica tradicionalmente se dividía en estacional y perenne. Actualmente se clasifica² según la

Fig 1. Síntomas de rinitis alérgica y no alérgica
Modificada de (ARIA 2001)²

SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE RINITIS ALÉRGICA

Uno o más de los siguientes síntomas
Durante >1hr la mayoría de los días

- Rinorrea acuosa
- Estornudos
- Obstrucción nasal
- Prurito nasal
- Conjuntivitis

SÍNTOMAS NORMALMENTE NO ASOCIADOS CON LA RINITIS ALÉRGICA

- Rinorrea unilateral
- Rinorrea mucopurulenta
- Dolor
- Epistaxis recurrente
- Goteo postnasal
 - sin rinorrea anterior
 - mucosa engrosada
- Anosmia

La sospecha de rinitis alérgica se establece en base a los síntomas y la confirmación viene dada por un prick

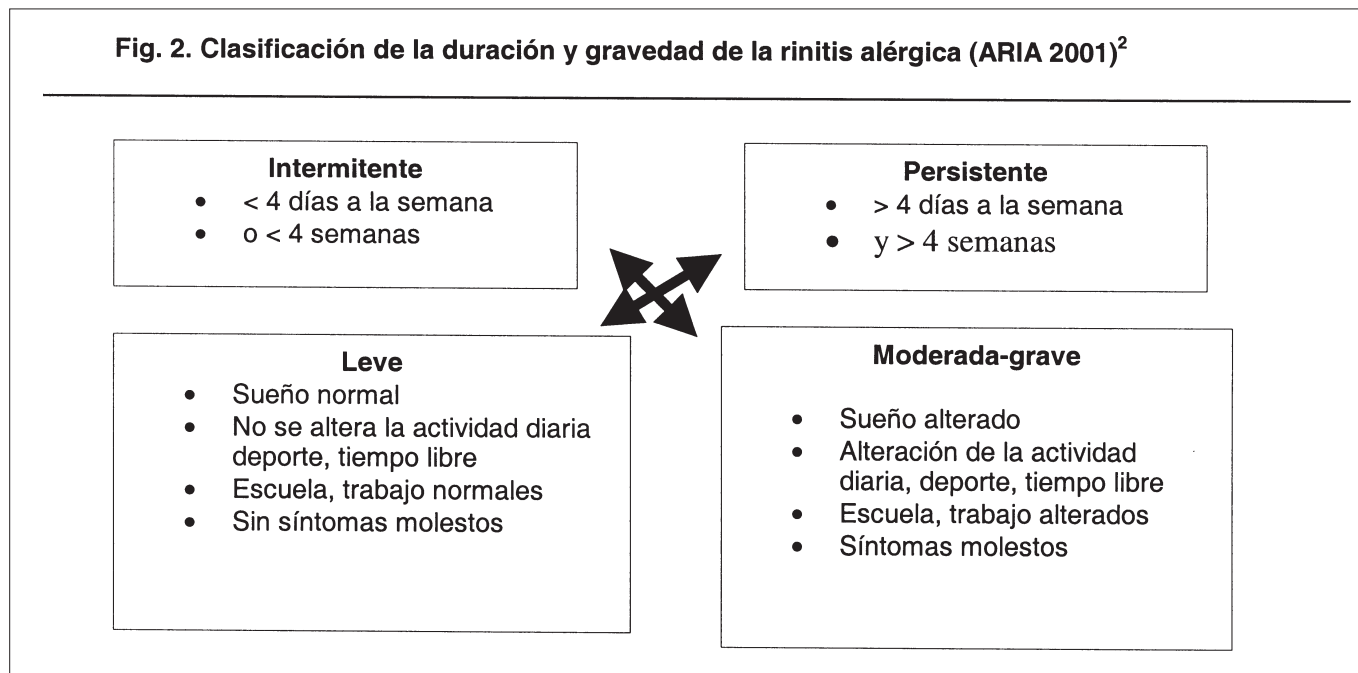
duración de los síntomas en "intermitente o persistente y según la gravedad de los síntomas y el impacto sobre la



calidad de vida de los pacientes en leve, moderada-grave (Fig.2)

Fisiopatología y tratamiento

Fig. 2. Clasificación de la duración y gravedad de la rinitis alérgica (ARIA 2001)²



Entre las células involucradas en la inflamación de la rinitis alérgica destacan los linfocitos, mastocitos y eosinófilos. Los alérgenos durante la fase de sensibilización inducen a los linfocitos Th2 a producir una serie de citocinas que estimulan la síntesis de IgE específica, la cual se fija a los receptores específicos de los mastocitos; cuando se vuelve a poner en contacto con el alérgeno se produce la degranulación de los mastocitos y la liberación de mediadores, incluyendo la histamina y los leucotrienos responsables de la *fase inmediata de la respuesta alérgica*; simultáneamente, se produce una infiltración de la mucosa nasal por eosinófilos, cuya activación libera proteínas citotóxicas que causan *la fase tardía de la inflamación alérgica y la inflamación crónica nasal*⁷. Los síntomas de la rinitis alérgica son la consecuencia de la exposición a un alérgeno en un individuo sensibilizado; estos alérgenos son los pólenes de gramíneas, árboles y plantas en Primavera-Otoño y los ácaros, los animales de compañía y los hongos en la rinitis perenne⁸

El tratamiento, según se deduce de la fisiopatología de la enfermedad, consiste en:

o **Medidas preventivas** dirigidas a disminuir la hiperrespuesta nasal evitando el humo de tabaco, olores fuertes, aire acondicionado, cambios bruscos de temperatura y a evitar la exposición a alérgenos

o **Farmacoterapia**

Tratamiento sintomático:

-*Antihistamínicos H1* (1ª y 2 generación). Actúan

sobre el receptor H1 de la histamina, son efectivos sobre el picor nasal, estornudos y rinorrea acuosa con poco efecto sobre la congestión y el bloqueo nasal

-*Anticolinérgicos*: el bromuro de ipratropio es un antagonista muscarínico que disminuye la rinorrea acuosa.

-*Descongestivos orales y nasales* estimulan los receptores adrenérgicos o inhiben la liberación de noradrenalina, reducen la congestión nasal

Tratamiento antiinflamatorio:

- *Cromonas* (cromoglicato sodico) usado como tratamiento profiláctico por su efecto sobre mastocitos, neutrófilos, macrófagos y eosinófilos .

-*Corticoides*, tanto sistémicos como tópicos tienen un potente efecto antiinflamatorio por un doble mecanismo de acción, mejoran todos los síntomas de la rinitis.

o **Inmunoterapia.**

Los dos consensos más recientes sobre tratamiento EACI-2000⁷ y ARIA- 2001² establecen que la inmunoterapia subcutánea está indicada en pacientes con rinitis alérgica monosensibilizados en los que las medidas preventivas y el tratamiento farmacológico no ha sido eficaz.

Los anticuerpos monoclonales anti-IgE son una nueva opción en el tratamiento de la rinitis y el asma

El último documento de consenso en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la rinitis *Allergic Rhinitis and its Impact in Asthma* (ARIA 2001)² propone un enfoque de pasos escalonado, según la clasificación, en el tratamiento de la rinitis. Otra forma de plantearlo es la propuesta en la



guía *Prodigy*⁹: utilizar el fármaco más eficaz para los síntomas predominantes, utilizando la vía oral o inhalada según preferencias del paciente.

PREGUNTAS ANTE UN NIÑO CON RINITIS ALÉRGICA

Partiendo de este conocimiento previo, un niño con rinitis en la consulta hace que nos planteemos una serie de dudas y preguntas (Tabla I).

El objetivo de este artículo es responder a estas preguntas siguiendo el proceso de la Medicina Basada en la Evidencia¹⁰, que consiste en buscar las mejores pruebas disponibles que nos ayuden, en cada caso y según la experiencia personal de cada uno, a tomar la mejor decisión posible.

Esto se hace siguiendo un proceso explícito:

1. Elaboración de una pregunta precisa, que incluya los siguientes componentes: paciente o problema, intervención o comparación, resultados de la intervención. Una vez determinada la pregunta se decide el tipo de estudio más adecuado para responderla

2. Búsqueda bibliográfica, comenzando por las bases de datos secundarias: Trip Database, Clinical Evidence, Up to Date, Bestbest, Cochrane Library y continuando con Medline

3. Lectura crítica del o de los artículos seleccionados, siguiendo un proceso formal y estructurado, utilizando el programa CASPe (programa de habilidades de lectura crítica)

4. Evaluación de la evidencia de acuerdo a unos criterios predeterminados y respuesta a la pregunta formulada.

En una búsqueda en Medline encontramos 166 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) sobre diagnóstico de la RA, 3.200 de tratamiento (357 incluyen niños) y 175 sobre pronóstico. Empezaremos por las bases secundarias en las que en muchas ocasiones encontramos en pocos minutos la respuesta a nuestra pregunta.

La Tripdatabase indica que hay una revisión sistemática de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que el tema esta revisado en Clinical Evidence, algunas preguntas están respondidas en las revisiones sistemáticas de la Cochrane Library y también hay artículos evaluados en DARE, Infopoems y Bestbest.

1.- Preguntas sobre el diagnóstico

En Octubre de 2002 se publica una Revisión Sistemática (RS) de la AHRQ¹² que responde a estas preguntas. Los autores hacen una RS de la literatura, extraen los datos relevantes de los estudios elegidos y generan un resumen de la evidencia en tablas. Seleccionaron estudios prospectivos y ECAs para las

preguntas de diagnóstico y solo ensayos clínicos para las de tratamiento y profilaxis. La búsqueda, que va desde 1966 y finaliza en Octubre del 2001, se realizó en Medline y Cochrane Library; consultaron con expertos si existían ECAs no publicados e hicieron una búsqueda manual a partir de los artículos más relevantes, solo se incluyeron artículos en inglés. Seleccionaron 83, evaluaron el tamaño del estudio, la aplicabilidad, y la calidad metodológica.

¿Es importante diferenciar la rinitis alérgica de la no alérgica?. ¿Cambia el tratamiento?

No hay estudios dirigidos a responder específicamente si es importante diferenciar la rinitis alérgica de la no alérgica. El tratamiento es distinto y puede influir en las complicaciones. El pronóstico de la rinitis alérgica es distinto dada su frecuente asociación con el asma. Solo en caso de RA serán beneficiosas la inmunoterapia y el control de las medidas ambientales (evitación de alérgenos).

No hay ECAs que estudien el efecto de los antihistamínicos (AH) orales en la rinitis no alérgica (RNA); un ensayo analiza productos que añaden un descongestivo, no es posible separar la acción de uno y otro.

Con los corticoides nasales (CN) se observó mejoría en dos de tres ECAs en cuanto a mejorar la obstrucción nasal en la RNA.

¿Hay alguna prueba imprescindible para diagnosticar o excluir la rinitis alérgica?.

No hay estudios prospectivos de diagnóstico dirigidos a conocer cual es la prueba diagnóstica más simple para diferenciar la rinitis alérgica de la no alérgica. Según la práctica clínica habitual y según los criterios de inclusión que se exigen en la literatura para diagnosticar RA, además de los síntomas clínicos es conveniente realizar un Prick test o bien un RAST.

Un estudio³ ha sugerido que el nivel de IgE total es tan útil como un prick test y este mucho más útil que un RAST para confirmar el diagnóstico de alergia.

Conclusiones

•**Es importante diferenciar la RA de la RNA porque el tratamiento y el pronóstico son distintos**

•**No se ha determinado cual es la prueba diagnóstica mínima para diferenciarlas**

2.-Preguntas sobre el tratamiento

¿**Son eficaces los antihistamínicos frente a placebo en el tratamiento de la rinitis alérgica del niño para disminuir los síntomas o mejorar la calidad de vida?** Numerosos ECAs encontraron que los



antihistamínicos orales (acrivastina, bromfeniramina, azatadina, cetirizina, ebastina, loratadina o mizolastina) comparados con placebo mejoraban los síntomas de la rinitis alérgica estacional¹³

¿Son más eficaces los antihistamínicos nasales que los orales?

No hay ensayos que hagan comparaciones directas entre los antihistamínicos orales y nasales. La levocastina intranasal, comparada con placebo, mejoraba los síntomas de la rinitis alérgica estacional¹³.

Los resultados son contradictorios respecto a la azelastina intranasal versus placebo.

¿Son más eficaces los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levoceterizina) que los de 2º generación

La levocetirizina es un enantiomero de la cetirizina que tiene el doble de afinidad por los receptores H1. No hay estudios comparándolas en la rinitis alérgica estacional. La desloratadina es el principal metabolito de la loratadina. Aunque se ha demostrado su eficacia frente a placebo, no hay ensayos comparando una frente a otra. No hay suficiente evidencia que confirme si en la práctica estos antihistamínicos tienen alguna ventaja sobre los de segunda generación¹⁴

¿Que efectos secundarios tienen los antihistamínicos?

Los efectos adversos reportados regularmente fueron la sedación y somnolencia¹³.

Un ECA¹⁵ reciente, cruzado, aleatorizado, compara el efecto en 24 niños de la cetirizina frente a placebo y clorfeniramina. Miden el tiempo de respuesta cerebral a un estímulo auditivo. Un retraso significativo, >5 % (clínicamente relevante), se obtuvo cuando tomaban cetirizina y clorfeniramina en uno de cada tres niños, sin embargo ninguno relató somnolencia

El astemizol oral se asocia a una prolongación del intervalo QTc y puede producir arritmias **ventriculares**¹³

La terfenadina oral prescrita junto a un macrólido, agentes antimicóticos orales o zumo de pomelo puede provocar toxicidad cardiaca fatal¹³

¿Son más eficaces los esteroides nasales que los antihistamínicos orales en el tratamiento de la rinitis alérgica?

Un metanálisis¹⁶ responde a esta pregunta. Dos revisores extraen los datos de y elaboran la calidad de los estudios siguiendo las normas de la colaboración Cochrane, se excluyeron los ensayos que no fueran doble ciego. Se evaluó la efectividad del tratamiento por la

diferencia en una escala de severidad de síntomas, representada como "diferencia estandarizada de medias" (DME). Los esteroides inhalados fueron: beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona y triamcinolona. Los antihistamínicos incluían: desclorfeniramina, terfenadina, astemizol, loratadina y cetirizina. Los esteroides inhalados son más eficaces en prácticamente todos los síntomas de la rinitis alérgica (congestión nasal, rinorrea, estornudos, prurito nasal y goteo postnasal) [DME total síntomas -0.42 (IC 95% -0.53 a -0.31)] e igual de eficaz en el alivio de los síntomas oculares. No evalúa los efectos secundarios de ambas medicaciones. No considera estudios que comparen los diferentes esteroides inhalados entre si. La edad media de los 2.267 pacientes era 32 años (12 a 75) .

La Cochrane Library actualmente está haciendo una RS sobre los CN en el tratamiento de la rinitis alérgica en los niños¹⁷

Un reciente ECA¹⁸ compara en 100 pacientes (12 a 50 años) la fluticasona sola versus fluticasona más cetirizina o más montelukast, no encontrando ningún beneficio añadido con estas combinaciones en el tratamiento de la rinitis estacional

¿Tienen efectos secundarios los corticoides nasales sobre el crecimiento o sobre el eje suprarrenal en los niños?

Un estudio de cohortes¹⁹ evaluó el crecimiento durante tres años de 60 niños menores de 10 años con RA persistente y tratados con beclometasona (168 mcg, 2 veces al día). Se comparó el percentil de talla al comienzo y al final del tratamiento y se calculó la velocidad de crecimiento. Ningún niño bajó de su curva de crecimiento inicial.

Un ECA²⁰ anterior observó una disminución del crecimiento con la beclometasona intranasal. Este efecto no se ha observado con otros CN.

En un estudio reciente²¹, grupos paralelos, doble ciego con grupo control, con 78 niños de 2 a 5 años que recibieron budesonida nasal 160mcg durante 6 semanas, no se observó ningún efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal; se midió el nivel de cortisol matutino en sangre y la respuesta al estímulo.

¿El uso "a demanda" de los corticoides nasales en la rinitis alérgica intermitente es más eficaz que el uso "a demanda" de los antihistamínicos?

Solo encontramos un ECA abierto con grupos paralelos que incluye 88 adultos, compara la administración de loratadina 10 mg o fluticasona intranasal 100mcg a demanda durante 4 semanas, el tratamiento no fue ciego y no describe la aleatorización. Los resultados favorecen a la fluticasona respecto a menor puntuación en la escala de síntomas 4/24 vs 7/24 y en la de calidad de vida²²



¿Son eficaces los antagonistas de los receptores de los leucotrienos en el tratamiento de la RA?

Dos ECAs extensos en población > de 15 años encontraron que el montelukast oral comparado con placebo mejoraba la puntuación de la sintomatología nasal diurna¹³

El resultado de combinar montelukast con loratadina oral fue superior en dos ECAs en cuanto a mejorar la calidad de vida, pero con resultados contradictorios al comparar la combinación con cada uno de los tratamientos por separado¹³

¿Son eficaces el cromoglicato, el bromuro de ipratropio y los simpaticomiméticos frente a placebo?

Hay fuerte evidencia sobre la eficacia del cromoglicato disódico para disminuir los síntomas de la rinitis alérgica¹²

El bromuro de ipratropio produce en adultos, una reducción significativa de la rinorrea y el goteo postnasal¹²

La pseudoefedrina oral combinada con antihistamínicos orales mejora globalmente los síntomas de la rinitis; esta combinación fue más eficaz que ambos fármacos por separado. Los efectos secundarios son la cefalalgia y el insomnio¹³

Eficacia de la inmunoterapia en el tratamiento de la rinitis alérgica, frente a placebo, antihistamínicos y corticoides nasales.

En un metanálisis²³, la inmunoterapia específica mejora el control de los síntomas y disminuye la necesidad de medicación hasta tres años después del tratamiento. Los ECAs son de pequeño tamaño, de baja calidad y la población es reclutada en consultas de alergología, lo cual supone un sesgo importante, lógicamente serán los pacientes más graves, lo cual va en contra de la validez externa del estudio

No se identificaron ECAs que comparen la inmunoterapia con AH o con CN en el tratamiento de la RA estacional o perenne.

La Cochrane Library²⁴ publica una revisión sobre la eficacia de la inmunoterapia sublingual frente a placebo en la rinitis alérgica. Incluye 22 ECAs de los que siete incluían solo niños; estos al contrario que los que incluían también adultos no encontraron disminución significativa de los síntomas ni de la necesidad de medicación, pero el número de niños incluidos era demasiado pequeño para obtener diferencias. Analizados todos los ECAs hay una reducción en la escala de síntomas, diferencia estandarizada de medias [(DME) -0,34 (-0.69 a -0.15)] y en la necesidad de medicación [DME -0.43 (IC -0.63 a -0.23)]

La inmunoterapia específica no debería usarse en asmáticos por sus potencialmente graves reacciones anafilácticas

¿Son eficaces las medidas antiácaros en el tratamiento de la rinitis persistente por ácaros?

Aunque en la práctica diaria parece que algunas medidas como las fundas antiácaros y lavar la ropa de cama a 60° pueden ser útiles, en una revisión Cochrane²⁵ y en un estudio posterior²⁶, no ha sido posible demostrarlo. Los cuatro estudios que incluye la revisión son de pequeño tamaño y mala calidad, no se pudo realizar un análisis adecuado debido a la heterogeneidad de los pacientes estudiados. Los revisores concluyen que es difícil con las pruebas actuales hacer recomendaciones al respecto.

¿Es eficaz la homeopatía?

Un ECA pequeño²⁷ con preparados a base del principal alérgeno del paciente sugiere que puede tener algún efecto beneficioso. Son necesarios ensayos con mayor número de pacientes para confirmar esto.

Conclusiones

•Hay muy pocos ECAs realizados en niños, aquellos que incluyen niños y adultos no hacen un subgrupo de análisis específico

•Los antihistamínicos orales son eficaces en algunos de los síntomas de la RA

•No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina) sean superiores a los de 2ª generación

•Los esteroides nasales son más efectivos que los antihistamínicos orales en el tratamiento de la rinitis alérgica

•Los corticoides nasales (excepto la beclometasona) no alteran el crecimiento de los niños ni el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal

•La inmunoterapia mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación en los niños con RA grave

•No hay evidencia suficiente para afirmar que las medidas antiácaros son eficaces en el tratamiento de la RA

•La homeopatía puede tener algún efecto beneficioso sobre la RA, pero las pruebas son limitadas

•En nuestro medio es razonable iniciar el tratamiento de la rinitis alérgica con un esteroide nasal añadiendo un antihistamínico oral en caso de persistir los síntomas

•La elección del corticoide deberá de hacerse siguiendo criterios de costo-beneficio

•En los niños pequeños se puede considerar el cromoglicato disódico



3. Preguntas sobre pronóstico

¿El tratamiento de la rinitis alérgica previene la aparición de asma?

Como se observa en dos estudios de cohortes, la rinitis precede en muchos casos a la aparición clínica del asma. En la cohorte de Tucson²⁸ los niños que presentan síntomas de rinitis el primer año de vida tienen muchas probabilidades de ser asmáticos más tarde. Linna y cols.²⁹ observan que el 34% de los niños con rinitis alérgica perenne tuvieron asma, frente al 12,7% en los de rinitis estacional.

Sabemos también que en ausencia de síntomas de asma los pacientes con rinitis alérgica tienen un aumento de hiperrespuesta bronquial (HRB) en las pruebas de provocación con metacolina. Prevalece el concepto de “una vía aérea una enfermedad” y la recomendación es estudiar la posible enfermedad asmática subclínica en un niño con rinitis alérgica.

La inmunoterapia (método clásico de inducir tolerancia inmunológica) se ha utilizado con la finalidad de controlar la rinitis y prevenir o retrasar el desarrollo de asma en pacientes con rinitis alérgica.

En un estudio³⁰ realizado en niños con rinitis estacional por polen, la inmunoterapia retrasó el comienzo del asma.

Aunque los CN disminuyen la HRB bronquial y parece que mejoran los síntomas del asma, ni en las bases de datos secundarias ni en Medline se han encontrado estudios dirigidos a responder si el tratamiento de la rinitis actual puede prevenir el desarrollo posterior de asma.

¿Qué impacto tiene el tratamiento de la rinitis en el control del asma?

Las guías recientes sobre rinitis sugieren que el tratamiento óptimo de la misma puede mejorar el asma coexistente⁶ ya que son muchas las similitudes en lo que se refiere a los mecanismos fisiopatológicos responsables, los alérgenos implicados, el papel de los mastocitos y eosinófilos y de los mediadores que liberan en la respuesta inflamatoria. Una revisión Cochrane³¹ analiza el efecto de los corticoides intranasales para el control del asma en pacientes con asma y rinitis coexistentes. Se incluyeron 14 ECAs de niños y adultos que comparaban la eficacia de los CN con placebo o con otros tratamientos para el asma. Como resultados se midieron síntomas (clínicos y utilización de Beta2), medidas de empeoramiento del asma (ingresos, consultas y absentismo laboral/escolar) y variables de función pulmonar (VEF1, FEM y test de provocación con metacolina); como medidas principales se analizó cada estudio por separado y se asociaron para la realización de metanálisis.

Todos los ECAs informaron que la asignación al tratamiento fue aleatoria pero ninguno describe el método ni si existe ocultación de la secuencia. El número de participantes en cada ensayo en general fue pequeño (rango 11 a 72) y la mayoría fueron de duración corta o intermedia. Tres ensayos evaluaron niños, cinco evaluaron una población con rinitis perenne y 9 una población con rinitis alérgica estacional. En general eran asmáticos leves. Todos los resultados se analizaron por separado y en una 2ª etapa se agruparon 8 en un metanálisis, todos centrados en una población que padecía rinitis y asma leve.

Tabla I. Preguntas a responder

- ¿Es importante diferenciar la rinitis alérgica de la no alérgica? ¿Cambia el tratamiento?
- ¿Hay alguna prueba imprescindible para diagnosticar o excluir la rinitis alérgica?
- ¿Son eficaces los antihistamínicos frente a placebo en el tratamiento de la rinitis alérgica del niño para disminuir los síntomas o mejorar la calidad de vida?
- ¿Son más eficaces los antihistamínicos nasales que los orales?
- ¿Son más eficaces los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levoceterizina) que los de 2ª generación?
- ¿Qué efectos secundarios tienen los antihistamínicos?
- ¿Son eficaces el cromoglicato, el bromuro de ipratropio y los simpaticomiméticos frente a placebo?
- ¿Son más eficaces los corticoides nasales que los antihistamínicos?
- ¿Tienen efectos secundarios los corticoides nasales sobre el crecimiento o sobre el eje suprarrenal en los niños?
- ¿El uso “a demanda” de los corticoides nasales en la rinitis alérgica intermitente es más eficaz que el uso “a demanda” de los antihistamínicos?
- ¿Son eficaces las medidas antiácaros en el tratamiento de la rinitis persistente por ácaros?
- ¿La inmunoterapia en el tratamiento de la rinitis alérgica, frente a placebo, antihistamínicos y corticoides nasales, disminuye los síntomas o la necesidad de medicación?
- ¿Es eficaz la homeopatía?
- ¿El tratamiento de la rinitis alérgica previene la aparición de asma?
- ¿Qué impacto tiene el tratamiento de la rinitis en el control del asma?



No se demuestra ninguna diferencia, existiendo una tendencia a favor de los CN en la medida del FEV1, [DME 0.31 (IC 95% -0.04 a 0.65)] y en los síntomas de asma [DME 0.61 (IC 95% -0.04 a 1.26)], el resto son resultados contradictorios³²

Conclusiones

•La rinitis alérgica precede en muchos casos al asma.

•No hay estudios dirigidos a conocer si el tratamiento precoz de la rinitis alérgica en los niños puede prevenir el asma.

•En un ECA en niños con rinitis alérgica al polen la inmunoterapia retrasó la aparición de asma

•La eficacia de los CN sobre el asma en los individuos con asma y rinitis es aún incierta. Hay tendencias a favor pero se necesitan otros estudios

En base a las pruebas y las conclusiones obtenidas proponemos un esquema de diagnóstico y tratamiento (Figura 3) basado en la eficacia y seguridad de los distintos fármacos (Tabla II), similar al que propone Conner³³ con la misma metodología.

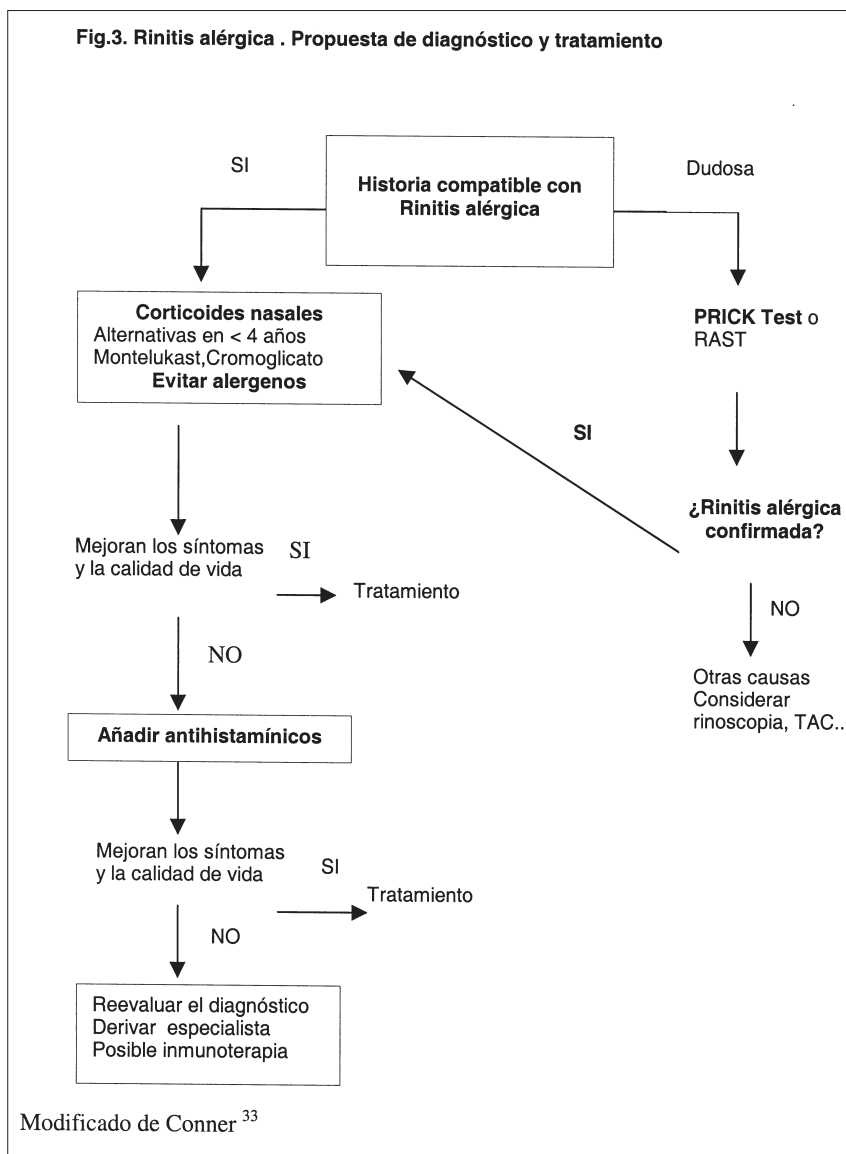


Tabla II. Tratamientos. Evidencia de la recomendación

Fuerza de la recomendación	Tratamiento	
A	Corticoides Nasales	Superiores a los AH No claras las diferencias entre ellos
A	Antihistamínicos	Menos eficaces que los CN en casi todos los síntomas
A	Cromoglicato disódico	Menos eficaz que los CN en todos los síntomas
A	Inmunoterapia	Puede tener beneficio clínico a largo plazo
B	Antagonistas receptores leucotrienos	Menos eficaz que CN. No ECAs en niños
B	Descongestivos	Menos eficaces que los AH, muchos ECAs son en combinación



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fireman P. Therapeutic approaches to allergic rhinitis. Treating the child. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2000; 105:616-21
- 2.- Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA 2001). Disponible en <http://www.wheai.com> Consultado en Octubre 2004
- 3.- Ng ML, Warlow RS. Preliminary criteria for definition of allergic rhinitis: a systematic evaluation of clinical parameters in a disease cohort. *Clinical and Experimental Allergy* 2000; 30: 1314-31
- 4.- Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore S. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 478-518
- 5.- The international study of asthma, allergies in childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. *Lancet* 1998; 351:1225-32
- 6.- Bousquet J. Workshop Report Introduction. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (A.R.I.A.). Workshop Group in collaboration with World Health Organization. Supplement to The *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2002; 108:148-9
- 7.- Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000; 55:116-134
- 8.- Skoner DP. Allergic rhinitis: definition, epidemiology, pathophysiology, detection and diagnosis. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108:2-8
- 9.- Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Allergic rhinitis. PRODIGY; 2002. Disponible en: <http://www.prodigy.nhs.uk> Consultado Octubre 2004
- 10.- Sackett DC, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, 2000
- 11.- Disponible en www.redcaspe.org
- 12.- Management of Allergic and Non allergic Rhinitis. AHRQ Publication No. 02-E024. 2002. Disponible en <http://www.ahrq.gov> Consultado en Octubre 2004
- 13.- Seasonal allergic rhinitis. *BMJ Clinical Evidence* 2003. Disponible en www.clinicalevidence.com Consultado en Octubre 2004
- 14.- Common questions about hay fever. *MeReC Bulletin* 20004; Volume 14, Number 5.
- 15.- Ng KH, Chong D, Wong CK, Ong HT, Lee CY, Lee BW. Central nervous system side effects of first-and second-generation antihistamines in school children with perennial allergic rhinitis; a randomised, double-blind, placebo-controlled comparative study. *Pediatrics* 2004; 113: 116-121
- 16.- Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317: 1624-1629
- 17.- Coelho M, Saconato H, Castelo A. Topical nasal steroids for allergic rhinitis in children (Protocol Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 30 de Mayo 2001 Issue 3, 2004
- 18.- Di Lorenzo G, Pacor ML, Pellitteri ME et al. Randomized placebo-controlled trial comparing fluticasone aqueous spray in mono-therapy, fluticasone plus cetirizine, fluticasone plus montelukast and cetirizine plus montelukast for seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2004; 34:259-67
- 19.- Mansfield LE, Mendoza CP. Medium and long term growth in children receiving intranasal beclomethasone dipropionate: A clinical experience. *So Med J* 2002; 95:334-40
- 20.- Skoner DP, Rachelefsky GS, Meltzer EO, Chervinsky P, Momis RM, Seltzer JM. Detection of growth suppression in children during treatment with intranasal beclomethasone dipropionate. *Pediatrics* 2000; 105:E23
- 21.- Kim KT, Rabinovitch N, Uryniak T et al. Effect of budesonide aqueous nasal spray on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in children with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93:61-7
- 22.- Kaszuba SM, Baroody FM, de Tineo M et al. Superiority of an intranasal corticosteroid compared with an oral antihistamine in the as-needed treatment of seasonal allergic rhinitis. *Arch Int Med* 2001; 161: 2581-7
- 23.- Ross RN, Nelson HS, Finegold I. Effectiveness of specific immunotherapy in the treatment of allergic rhinitis: an analysis of randomised, prospective, single or double blind placebo-controlled studies. *Clin Ther* 2000; 342-50
- 24.- Wilson DR, Torres Lima M, Durham SR. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. 2004. Chichester, UKA: Jon Wiley & sons, ltd
- 25.- Sheik A, Hurwitz B. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. UKA: Jon Wiley & sons, ltd
- 26.- Terreehorst I, Hak E, Oostng AS, Temmels-Paulica Z, de Monchy JG, Buijnzeel-Koomen CA. Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2003; 349:237-46
- 27.- Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH et al. Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trials
- 28.- Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD et al. Epidemiology of physician-diagnosed rhinitis in children. *Pediatrics* 1994; 94:895-901
- 29.- Linna O, Kokkonen J, Lukin M. A10 year prognosis for childhood allergic rhinitis. *Acta Paediatr* 1992; 81: 100-2
- 30.- Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Host A, Jacobsen I et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109:251-6
- 31.- Taramarcaz P, Gibson PG. Corticoides intranasales para el control del asma en pacientes con asma y rinitis coexistentes. *Cochrane Library Plus*. Nº CD003570-ES, 19 de marzo de 2003
- 32.- Ozcoidi Erro I. No hay evidencia de que el tratamiento de la rinitis con corticoides intranasales modifique los resultados del asma en pacientes que asocian rinitis y asma alérgicas. CAT realizado, 3 Mayo 2004. Disponible en www.mbe.i2000.es
- 33.- Conner S J. Evaluation and treatment of the patient with allergic rhinitis. *J Fam Pract*. 2002; 51:883-884