

# Doctor, ¿tiene cinco minutos?

SELECCIÓN A CARGO DE MIRIAM TONIETTI\* Y BETTINA VIOLA\*\*

## The necessity for clinical reasoning in the era of evidence-based medicine

SNIDERMAN AD1, LACHAPPELLE KJ, RACHON NA, FURBERG CD

MAYO CLIN PROC 2013; 88(10):1108-14.

DOI: 10.1016/J.MAYOCP.2013.07.012.

### La necesidad del razonamiento clínico en la era de la medicina basada en la evidencia

La medicina basada en la evidencia (MBE) fue definida originalmente como el proceso de integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica disponible producto de la investigación sistemática. Así definida, la MBE fue incuestionablemente un avance primordial sobre el pasado modelo de atención fundamentalmente basado en razonamientos y experiencias personales: creencias personales eran consideradas la evidencia.

Los ensayos randomizados y controlados (RCT) son esenciales para evaluar terapéuticas que reducen (más que eliminan) las complicaciones de una enfermedad. Las guías y recomendaciones resultantes de los ensayos randomizados y más aún de metaanálisis posteriores, son los estándares de la mejor calidad de atención siendo la cali-

dad de la atención evaluada por la adherencia a estas recomendaciones.

Sin embargo, los autores plantean que la evidencia proporcionada por los RCT muchas veces es incompleta, no concluyente, ausente o extemporánea. De tal modo, proponen que el razonamiento clínico, el proceso de análisis cuidadoso, experto, pragmático que clínicos y cirujanos utilizan rutinariamente para resolver el problema particular de un paciente individual, continúa teniendo un rol fundamental en el proceso de decisión clínica, ya que el paciente individual, que es real y no un paciente promedio, sigue representando el foco de atención del médico tratante.

Los autores revalorizan la importancia del razonamiento clínico a la hora de integrar el conocimiento de los RCT dentro de un contexto clínico específico.

## Preterm infant linear growth and adiposity gain: Trade-offs for later weight status and intelligence quotient

MANDY B. BELFORT, MD, MPH; MATTHEW W. GILLMAN, MD, SM;

STEPHEN L. BUKA, ScD; PATRICK H. CASEY, MD AND MARIE C. MCCORMICK, MD, ScD

J PEDIATR 2013;163:1564-9.

### Crecimiento lineal y ganancia de adiposidad en el lactante pretérmino: compensación del estado nutricional final y coeficiente intelectual

\* Servicio de Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

\*\* Hospital de Día "Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez".

En EEUU, alrededor del 12% de los nacimientos son pretérmino (< 37 semanas de gestación). A pesar del soporte nutricional

intensivo, al momento del alta, la mayoría de los niños prematuros permanecen siendo más livianos y cortos que sus pares nacidos de término, aunque al ingreso escolar, la mayoría alcanzan un peso y talla similar. Por lo tanto, en promedio, en los niños nacidos pretérmino, la ganancia de peso y el crecimiento lineal están acelerados en comparación con los de término.

Como el crecimiento somático y el cerebral están correlacionados, la optimización del crecimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos es relevante en RNPT, y una mayor ganancia de peso durante este período beneficia el neurodesarrollo.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la asociación entre la ganancia de IMC, el crecimiento lineal desde el nacimiento a los 18 meses, la presencia de sobrepeso/obesidad y el cociente intelectual a los 8 y 18 años

en una cohorte de 945 niños provenientes de 8 centros participantes del Infant Health and Developmental Program, nacidos antes de las 37 semanas y con bajo peso al nacer (<2500 g) seguidos desde el nacimiento hasta los 18 años.

En este estudio, más rápida ganancia de IMC y crecimiento lineal en la infancia se asoció con mejor cognición, pero también con mayor prevalencia de sobrepeso/obesidad a los 8 años y a los 18 años.

Este artículo refleja el dilema que se plantea al considerar las mejores estrategias nutricionales en los niños nacidos pretérmino: la mayor disponibilidad nutricional que mejora la ganancia de peso, optimiza el crecimiento lineal y maximiza el potencial del neurodesarrollo, pero en contrapartida, trae aparejado el costo del aumento en el riesgo de obesidad.

---

## Pediatric sudden cardiac arrest

*Section on Cardiology and Cardiac Surgery*

*Pediatrics 2012, 129(4):e1094-102*

---

### Paro cardíaco súbito pediátrico

---

El paro cardíaco súbito (PCS) se define como la pérdida de la función cardíaca abrupta e inesperada que, de no mediar tratamiento en los minutos subsiguientes, puede causar la muerte de ese individuo. El objetivo de esta declaración es brindar información sobre el PCS en la población pediátrica, excluyendo la muerte súbita del lactante o el síndrome de muerte súbita de origen desconocido, así como el tratamiento específico de cada condición cardíaca.

En Estados Unidos no se cuentan con datos oficiales sobre su real incidencia; sin embargo, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estima que 2000 pacientes menores de 25 años fallecen por año por PCS en reposo o más aun, influenciado por su participación en alguna actividad deportiva. Los desórdenes cardíacos se pueden subdividir en tres grupos: 1) Causas estructurales o funcionales (diagnóstico probable por ecocardiograma o autopsia), 2) Causa primariamente eléctrica (mayormente asociado con un corazón estructural y/o funcionalmente sano) y 3) otras causas,

incluyendo el uso de drogas ilícitas y estimulantes (por ejemplo cocaína) o de prescripción médica (por ejemplo eritromicina). Actualmente se sabe que ciertas enfermedades cardíacas, como la miocardiopatía hipertrófica y ciertas canalopatías, tienen una base genética. Se estima que la mitad de las muertes por PCS en la población pediátrica cuentan con historia personal y/o familiar de por lo menos algún signo y/o síntoma de alarma como mareos, dolor de pecho, síncope y/o presíncope, palpitaciones, disnea, broncoespasmo inducido por el ejercicio, episodios simil convulsiones, o historia familiar de muerte súbita temprana e inesperada que nos pueden orientar cada una específicamente a las distintas causas de disfunción cardíaca. Si no son detectados o son subestimados, con el agregado del esfuerzo físico que conlleva la actividad deportiva, pueden conducir, en la mayoría de los casos, a una taquiarritmia ventricular letal (generalmente fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso), finalizando con el colapso cardíaco.

Hasta la fecha, ningún protocolo de "screening" (formulario con preguntas dirigidas a detectar pacientes en riesgo, examen físico, electrocardiograma, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo y/o estudios genéticos) ha probado ser eficaz para detectar la totalidad de los individuos en riesgo de PCS. A través de los años, cada país adoptó una estrategia diferente según su propia experiencia basándose en estudios poblacionales. La prevención primaria de PCS en la población pediátrica depende del diagnósti-

co oportuno, de la propia etiología y su tratamiento específico incluyendo la restricción de la actividad física y el consejo médico; si la prevención fracasa, se requiere poner en marcha mecanismos de resucitación que incluyan desde el contacto con el servicio médico de emergencia, el uso del desfibrilador hasta la atención médica avanzada hospitalaria. Lamentablemente, aun en las mejores circunstancias, existe una tasa de sobrevida menor al 10% y con alta incidencia de secuelas neurológicas.

## Association between State Laws Governing School meal nutrition content and student weight status implications for new USDA school meal standards

*DANIEL R. TABER, PHD; JAMIE F. CHRIQUI, PHD, MHS; LISA POWELL, PHD; FRANK J. CHALOUPKA, PHD*  
*JAMA Pediatr 2013;167(6):513-519*

### **Asociación entre leyes estatales regulatorias del contenido nutricional de las comidas escolares y el peso de los estudiantes**

En 1946 se estableció en EEUU, el programa nacional de almuerzo escolar con el objetivo de mejorar la ingesta nutricional de los estudiantes, al proveer comidas en la escuela acordes a los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura (USDA). Entre los años 2010-2011, alrededor de 32 millones de niños han recibido estos almuerzos con la provisión de comidas gratis o a precios reducidos según la calificación establecida según el ingreso familiar. El programa enfrentó duras críticas por estimarse que no cumplían con los estándares fijados y la mayor prevalencia de obesidad entre los niños participantes. En el año 2012, la USDA elaboró nuevos estándares de comidas escolares en las que se incrementó el consumo de vegetales y frutas, cereales de granos enteros, reducción de grasas trans y menús reducidos en calorías.

El objetivo de este importante estudio fue evaluar la relación entre estándares nutricio-

nales más estrictos en la escuela y la mejora en el peso corporal de los estudiantes.

Tal como fue la hipótesis de los autores se encontró mayor prevalencia de obesidad entre los estudiantes que recibieron menús gratis o a precios reducidos en todos los estados. Pero la prevalencia de obesidad fue mucho menor entre los estudiantes de los estados que legalmente establecieron estándares nutricionales más estrictos.

Revertir la epidemia de obesidad debe ser considerada una prioridad nacional. Hay cada vez mayor evidencia del impacto de políticas de estado dirigidas a garantizar la provisión de menús escolares saludables.

En el año 2011, una revisión Cochrane sobre el efecto confirmó el valor de acciones escolares como ofrecer comidas saludables, introducir en la currícula la enseñanza de prácticas saludables de alimentación y capacitar a docentes y padres para desarrollar estrategias que fomenten esas prácticas para combatir la obesidad.