

La responsabilidad de los comités de estándares

(An Esp Pediatr 2001; 55: 580)

Sr. Editor:

He leído con mucho interés la última entrega del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología referente a las "Recomendaciones de mínimos para la asistencia del recién nacido sano"¹, que deben marcar, por ser su responsabilidad, las pautas de comportamiento asistencial de los pediatras españoles en relación con el recién nacido sano.

Entre las recomendaciones oficiales y específicas que se hacen, hay dos que considero inadecuadas:

1. *El tratamiento materno con propiltiouracilo contraindica la lactancia materna.* El propiltiouracilo es un fármaco antitiroideo que se viene utilizando desde 1940 como tratamiento del hipertiroidismo de la gestante, y hoy en día sigue siendo de elección a pesar de que atraviese la placenta y se le reconozca algún riesgo teratógeno². El tratamiento con propiltiouracilo debe mantenerse tras el parto, y aunque se excreta por la leche con una relación leche/plasma de 0,1 no contraindica la lactancia materna^{3,4}.

La lactancia materna debe ser protegida, promovida y apoyada de forma coordinada como una acción de salud de primer orden y como un derecho incuestionable de la madre y el niño. En este sentido hay que ser muy cuidadoso con las normas o recomendaciones inadecuadas que puedan afectar de forma negativa a la lactancia materna.

2. *Los programas de detección precoz se efectuarán a partir del tercer día de inicio de la alimentación.* El cribado endocrinometabólico del recién nacido se debe realizar *siempre* antes de que éste abandone la maternidad⁵. La American Academy of Pediatrics recomienda que la toma de muestra para el cribado se haga pasadas 24 h tras el nacimiento y antes del séptimo día de vida⁶, lo mismo que la U.S. Preventive Services Task Force. La reducción progresiva del tiempo de estancia en nuestras maternidades, con altas habitualmente antes de las 72 e incluso 48 h tras el parto, hace imposible cumplir la recomendación de nuestro comité. Actualmente está bien demostrado que si bien el aporte de fenilalanina en la dieta puede influir en la elevación de la fenilalaninemia, no influye en el resultado del cribado de la fenilcetonuria^{7,8}, por lo que no es necesario garantizar al recién nacido un aporte proteico determinado antes de realizarlo.

Nosotros mismos hemos podido demostrar, en la necesidad de ajustar nuestra estrategia a los adelantos del alta en la maternidad, que la toma de muestra realizada a recién nacidos a tér-

mino y sanos a partir de la 48 h de vida, utilizando valores de corte de 2,5 mg/dl para la fenilalanina, garantiza la sensibilidad de la prueba⁹.

El cribado endocrinometabólico neonatal debe aspirar a garantizar una cobertura del 100%, lo que sólo puede conseguirse si la extracción se realiza antes del alta de la maternidad, y a un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, por lo que no está justificado retrasar la detección ni una hora más de lo estrictamente necesario.

J. Arena Ansotegui

Unidad de Metabolopatías. Hospital Donostia.
San Sebastián.

Correspondencia: Dr. J. Arena Ansotegui.

Unidad de Metabolopatías. Hospital Donostia.

Pº Dr. Beguiristain, s/n. 20014 San Sebastián.

Correo electrónico: jarena@chdo.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. An Esp Pediatr 2001; 55: 141-145.
2. Kock HC, Mercus JM. Graves' disease during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio 1983; 14: 323-330.
3. Kampmann JP, Johansen K, Hansen JM, Helweg J. Propylthiouracil in human milk. Revision of a dogma. Lancet 1980; 1: 736-737.
4. Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and others chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93: 137-150.
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for phenylketonuria. En Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Willians & Wilkins, 1996; 495-502.
6. Committee on Genetics, American Academy of Pediatrics. Newborn Screening Fact Sheets. Pediatrics 1996; 98: 473-501.
7. McCabe E, McCabe L, Mosher G, Allen R, Berman J. Newborn Screening for Phenylketonuria: Predictive Validity as a Function of Age. Pediatrics 1983; 72: 390-398.
8. Ponzzone A, Spada M, Ferrero G, Ponzzone R, Ferraris S. Newborn feeding and screening for phenylketonuria. Acta Paediatr 1999; 88: 347-348.
9. Espada M, Marzana Y, Rodríguez-Alarcón J, Arena J. Phenylketonuria Screening: Effect of early newborn discharge. Book of Abstracts. 4th Meeting of International Society for Neonatal Screening. Stockholm: 13-16 June, 1999; 63.