

Hace aproximadamente 3 años Hammerman et al.² publicaron su experiencia inicial en el cierre farmacológico del DAP con paracetamol por vía oral en 5 pacientes. En el primero de ellos, un RN de 26 semanas de EG, se administró el fármaco por otra indicación a las 2 semanas y media de vida y se observó que un DAPh que no había respondido a 2 ciclos previos de ibuprofeno se cerró súbitamente 2 días más tarde. Posteriormente, trataron otros 4 pacientes de 26 a 29 semanas, en los que el ibuprofeno fracasó o estaba contraindicado. Todos los pacientes mostraron cierre o reducción importante del tamaño del DAP 48 h tras la administración del paracetamol, y cierre completo en una semana. A partir de esta experiencia preliminar, otros autores han utilizado el paracetamol por vía oral o intravenosa con esta indicación en series cortas de pacientes. Un resumen de estos trabajos ha sido publicado recientemente por Allegaert et al.³

La principal preocupación que estos trabajos suscitan está en relación con la falta de estudios farmacocinéticos y farmacodinámicos del paracetamol en prematuros extremos, así como respecto a su seguridad en esta población. Asimismo, existe fuerte controversia respecto a las dosis utilizadas, que son el doble de las que se usan con indicación analgésica en RN a término. Además, su mecanismo de acción no es completamente conocido y en muchos de los casos publicados su utilización siguió a la administración y fracaso del ibuprofeno, de manera que no es posible conocer si existió un efecto sinérgico entre ambos.

En el único estudio aleatorizado realizado hasta la fecha⁴, 80 pacientes completaron el tratamiento. La eficacia en el cierre farmacológico del DAP fue similar con ibuprofeno (77,5%) y paracetamol (72,5%) por vía oral y ambos fármacos mostraron seguridad⁴. Estos datos son relevantes, ya que los inhibidores de la COX, a pesar de unas tasas de éxito del 70 al 85%, no están exentos de efectos secundarios debidos, fundamentalmente, a su efecto vasoconstrictor periférico (oliguria, perforación gastrointestinal), o antiagregación plaquetaria, hiperbilirrubinemia, etc. El ibuprofeno, además, se ha relacionado con un aumento en el riesgo de DBP⁵.

En definitiva, aunque nuevos estudios prospectivos, controlados y adecuadamente diseñados son necesarios para establecer la seguridad, la eficacia y las pautas óptimas de tratamiento del DAP con paracetamol en prematuros extremos, la experiencia presente parece prometedora, al menos en aquellos casos en que los fármacos tradicionales fracasen o estén contraindicados, así como cuando se considere razonable evitar la intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. García-Muñoz Rodrigo F, García-Alix Pérez A, García Hernández JA, Figueras Aloy J, Grupo SEN1500. Morbimortalidad en recién nacidos al límite de la viabilidad en España: estudio de base poblacional. *An Pediatr*. 2014;80:348–56.
2. Hammerman C, Bin-Nun A, Markovitch E, Schimmel MS, Kaplan M, Fink D. Ductal closure with paracetamol: A surprising new approach to patent ductus arteriosus treatment. *Pediatrics*. 2011;128:e1618–21.
3. Allegaert K, Anderson B, Simons S, van Overmeire B. Paracetamol to induce ductus arteriosus closure: Is it valid? *Arch Dis Child*. 2013;98:462–6.
4. Oncel MY, Yurttutan S, Erdeve O, Uras N, Altug N, Oguz SS, et al. Oral paracetamol versus oral ibuprofen in the management of patent ductus arteriosus in preterm infants: A randomized controlled trial. *J Pediatr*. 2014;164:510–4, e1.
5. Jones LJ, Craven PD, Attia J, Thakkinian A, Wright I. Network meta-analysis of indomethacin versus ibuprofen versus placebo for PDA in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011;96:F45–52.

M.E. Pérez Domínguez, S. Rivero Rodríguez y F. García-Muñoz Rodrigo*

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fgarciamu@gmail.com
(F. García-Muñoz Rodrigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.07.018>

Obesidad en Oviedo: prevalencia y tendencias temporales de 1992 a 2012[☆]



Obesity in Oviedo: Prevalence and time trends from 1992 to 2012

Sr. Editor:

España tiene una de las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad en la edad pediátrica de toda Europa. La fre-

cuencia de la afección ha aumentado considerablemente entre 1985 y 2000, si bien parece haberse estabilizado en los últimos 10 años¹.

Para combatir esta epidemia emergente es imprescindible efectuar un seguimiento de las tendencias seculares de la obesidad a través de estudios poblacionales o encuestas. Este seguimiento debe hacerse en base a las definiciones estandarizadas y consensuadas de términos como obesidad, sobrepeso y normopeso específicos por edad y sexo².

Las tendencias del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años de edad se analizaron en 3 intervalos de tiempo consecutivos correspondientes a los años 1992, 2004-06 y 2012.

Se hizo un estudio observacional transversal en el que se invitó a participar a todos los alumnos asistentes de 3 centros de educación primaria y 2 de educación secundaria en Oviedo.

[☆] Presentaciones orales: SCCALP: Reunión de primavera, Palencia 12-13 abril 2013; SEGHPN: xx Congreso de la SEGHPN, Málaga 23-25 mayo 2013.

Tabla 1 Estadísticas descriptivas de los 3 estudios transversales durante los años 1992, 2004-06 y 2012

Cohorte (año)	Estadísticas			
	Edad (años) ANOVA p > 0,05	IMC ANOVA p < 000,1	Talla (cm) ANOVA p = 0,493	Peso (kg) ANOVA p = 0,011
<i>Cohorte 1992</i>				
Media	10,13	18,8	139,82	37,76
DE	2,30	2,8	14,21	11,53
<i>Cohorte 2004-06</i>				
Media	10,13	19,3	140,4	39,08
DE	2,15	3,24	13,6	12,54
<i>Cohorte 2012</i>				
Media	10,15	18,2	140,73	37,18
DE	2,61	2,9	15,8	12,6

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

El peso se registró aproximando su medición hasta los 100g completos más cercanos, empleando para ello una balanza de precisión mecánica. La talla se midió con un estadiómetro Leicester® hasta el 0,1 cm más cercano. Las definiciones de sobrepeso y obesidad se basaron en percentiles promedio calculados de acuerdo con los criterios de IMC específicos de edad y sexo del IOTF.

Se midió a 734 niños en 1992, 735 entre 2004 y 2006, y 709 en 2012, de un total de 1.100 niños. La muestra final se compuso de 2.178 sujetos. No se encontraron diferencias en la distribución de edades o sexos (tabla 1).

La prevalencia general de la obesidad fue significativamente mayor en el período 2004-06 con respecto a 1992 (8,4 vs. 4,9%, p=0,01). Sin embargo, entre el período 2004-06 y el año 2012 hubo un declive en la prevalencia general de la obesidad (8,4 vs. 5,1%, p=0,01).

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las cohortes en la prevalencia general del sobrepeso. Entre 2004-06 y 2012 se registró un descenso del 8,2% (25,9 vs. 17,7%, p=0,0001), y entre 1992 y 2012 otro del 6,9% (24,6 vs. 17,7%, p=0,004), respectivamente (tabla 2).

Los participantes se agruparon en 2 categorías diferentes en función de la edad de inicio de la pubertad: niños (< 11 años) y adolescentes (> 11 años). En los niños, la prevalencia de la obesidad fue significativamente menor en la cohorte de 2012 (8,8% en 2004-06 vs. 4,1% en 2012, p=0,021), mientras que en los adolescentes no se observaron diferencias significativas.

Al estratificar por sexo, la prevalencia de la obesidad descendió de manera significativa del 9,6% en el período 2004-06, al 5,4% en 2012 en los niños varones, pero no en las niñas (7,1 vs. 4,6%, p=0,17), en quienes la diferencia no presentaba relevancia estadística. Los chicos, especialmente los de edad preadolescente, mostraron una prevalencia de obesidad significativamente mayor que las chicas en la cohorte del 2012.

La prevalencia del sobrepeso en la infancia ha aumentado en casi todos los países para los que se dispone de datos. Un artículo de revisión publicado en el año 2006 sobre las tendencias seculares de la obesidad infantil concluyó que su prevalencia había aumentado en las últimas 2 o 3 décadas

en casi todos los países industrializados, especialmente en zonas urbanas³.

Entre 1992 y 2006 describimos aumentos en el peso de los niños⁴, pero a nuestro entender, las tendencias a la baja observadas en nuestro estudio no se han descrito, hasta el momento, en España. La prevalencia de la obesidad infantil en Oviedo ha descendido notablemente en los últimos 7 años, mostrando una tendencia clara a un descenso más acusado en los grupos de varones de mayor edad. En cualquier caso, puede que los hallazgos de este estudio no se puedan generalizar, ya que la población de la muestra provenía de un área geográfica específica y de clase media.

Se han observado patrones similares en Estados Unidos, donde el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantiles desde los años 60 ha sido ampliamente documentada⁵.

Se desconocen las causas que han llevado a este marcado cambio de tendencia.

Tabla 2 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en Oviedo durante los años 1992, 2004-06 y 2012

Cohorte	N.º de participantes	Porcentaje
<i>1992</i>		
Rango normal	518	70,5
Sobrepeso/obeso	217	29,5
Sobrepeso	181	24,6
Obeso	36	4,9
<i>2004/06</i>		
Rango normal	482	65,7
Sobrepeso/obeso	252	34,3
Sobrepeso	192	25,9
Obeso	62	8,4
<i>2012</i>		
Rango normal	547	77,1
Sobrepeso/obeso	162	22,8
Sobrepeso	126	17,7
Obeso	36	5,1

Desde el año 2009 se han hecho esfuerzos para educar a los niños sobre alternativas más saludables, introduciendo alimentos de mayor calidad en los menús de los comedores y en las máquinas expendedoras de los colegios de Oviedo, y ampliando los programas escolares de deportes y ejercicio a los fines de semana y al verano.

En los últimos años, las recomendaciones de la OMS y de la UNICEF sobre la duración óptima de la lactancia materna que aconsejan demorar la introducción de sólidos hasta los 6 meses, manteniendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuándola hasta los 2 años de edad o más, podrían estar contribuyendo al declive en la prevalencia de la obesidad en la infancia.

Aunque la obesidad se ha convertido en una epidemia mundial, nuestra comprensión de esta afección en la infancia se ve limitada por la falta de datos representativos de distintos países susceptibles de comparación, así como por los diferentes criterios empleados en su definición.

El IOTF ha desarrollado una gráfica de crecimiento internacional estándar que permite la comparación global de las prevalencias. Se ha demostrado que la clasificación de la IOTF presenta una especificidad alta pero una sensibilidad baja, aunque muchos países continúan utilizando sus propias gráficas nacionales, incluyendo España y Estados Unidos, cuyos estándares se basan en encuestas a nivel nacional.

Actualmente no contamos con un estándar de aceptación general que nos sirva para clasificar el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. El uso de una clasificación universal de la obesidad podría facilitar las comparaciones internacionales.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al Dr. Juan José Díaz Martín el acceso a los datos de los años 1992 y 2004-06, y su supervisión del estudio.

Bibliografía

1. Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalence of child and youth obesity in Spain in 2012. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012;66:371-6.
2. Lobstein T, Frelut M. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev*. 2003;4:195-200.
3. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes*. 2006;1:11-25.
4. Díaz Martín JJ, Somalo Hernández L, García González M, Méndez C, Rey-Galán C, Málaga-Guerrero S. Trends in childhood and adolescent obesity prevalence in Oviedo (Asturias Spain) 1992-2006. *Acta Paediatr*. 2008;97:955-8.
5. Robbins JM, Mallya G, Polansky M, Schwarz DF. Prevalence disparities, and trends in obesity and severe obesity among students in the Philadelphia Pennsylvania, school district, 2006-10. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E145.

R. Llada Suárez^{a,*}, L. del Fresno Marqués^b, J.J. Díaz Martín^c, S. Málaga Guerrero^d y C. Rey Galán^e

^a *Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, Principado de Asturias, España*

^b *Atención Primaria, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, Principado de Asturias, España*

^c *Sección de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Principado de Asturias, España*

^d *Sección de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Principado de Asturias, España*

^e *Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Principado de Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lladarubn@gmail.com
(R. Llada Suárez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.10.021>

Déficit congénito de lactasa: identificación de una nueva mutación



Congenital lactase deficiency: Identification of a new mutation

Sr. Editor:

El déficit congénito de lactasa (CLD, OMIM 223000) es un trastorno genético muy poco frecuente, clasificado dentro de las diarreas crónicas congénitas, en el subgrupo de enteropatías por malabsorción de carbohidratos¹. Se presenta un caso diagnosticado recientemente en nuestro servicio.

Neonato de 20 días, con 6-8 diarreas al día desde el nacimiento y estancamiento ponderal a pesar de lactancia materna suplementada con fórmula. Es el primer hijo de unos padres consanguíneos de segundo grado. Tenía un

aspecto distrófico y signos de deshidratación. Análíticamente, presentaba una acidosis metabólica, deshidratación hipernatrémica leve, con bioquímica sanguínea, perfil hepático y análisis de orina normales. En el estudio en heces destacaban: deposiciones ácidas (pH 6), iones normales, cuerpos reductores muy positivos y GAP osmolar de 282 mOsm/kg (normal < 50 mOsm/kg). Con sueroterapia y a dieta absoluta, a las 12 h cedieron las deposiciones acuosas. Se orientó como una diarrea osmótica crónica por malabsorción de hidratos de carbono. Con la sospecha de CLD, se inició fórmula hidrolizada sin lactosa, que fue bien tolerada, con curva ponderal ascendente. El estudio genético fue positivo, presentando, en homocigosis, la nueva mutación c.2232_2253dup22 (p.L752KfsX18) en el gen LTC. El estudio genético de ambos progenitores fue positivo en heterocigosis. El paciente se mantuvo asintomático y con buen desarrollo pondoestatural en los controles posteriores.

El déficit congénito de lactasa se describe por primera vez en 1959 en Finlandia, con una prevalencia estimada