

Mantenimiento de la lactancia materna

(An Esp Pediatr 2000; 52: 69)

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de la Dra. Barriuso et al¹ publicado recientemente en ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA sobre "La epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España".

Compartimos con los autores del mencionado artículo el interés por conocer los factores que influyen en el mantenimiento de la lactancia materna; ya que también en nuestra experiencia² el porcentaje de niños que inician la lactancia materna es elevado (94,3% de nuestra serie, incluyendo recién nacidos [RN] pretérmino, RN de bajo peso para la edad gestacional y RN provenientes de cesáreas), y dado que la duración de ésta no es mucha, parece oportuno intentar aclarar cuáles son los motivos que hacen que un importante número de madres inicien la lactancia al pecho pero no la mantengan.

Un 27% de los RN de nuestra serie han sido dados de alta de las maternidades recibiendo suplementos de lactancia artificial; no parece que éste sea un dato aislado ni exagerado cuando otros autores³, en una encuesta realizada a 13 hospitales del INSALUD de Castilla y León en 1996, que incluían 18.874 nacimientos, recogen que el 53,8% de los RN salen de la maternidad (citamos textualmente) "con leche materna y fórmula láctea por si acaso". Son muchos los autores que apuntan la importancia que en el mantenimiento de la lactancia materna tiene la confianza de las madres en sus posibilidades y el necesario apoyo del entorno. Nos parece que constituyen datos para la reflexión.

Estaríamos muy interesados en conocer cómo ha sido el seguimiento de los lactantes del estudio de la Dra. Barriuso, en qué momento a la salida del hospital se ha iniciado su control, cada cuánto tiempo se les ha atendido, si existía facilidad para su contacto con el personal sanitario, etc., ya que de lo publicado en su artículo parece desprenderse que son datos que han estudiado y de los que no ofrecen ningún resultado. En nuestra experiencia, los porcentajes de mantenimiento de la lactancia materna, tanto exclusiva como mixta, son un poco más elevados (duración media, de 3,6 meses; un 9,2% lactancia materna exclusiva al sexto mes, un 12,2% mixta; es decir, un 21,4% de los niños recibe alguna toma de pecho diaria al sexto mes), no sabemos bien el porqué. Hemos realizado un esfuerzo importante en la captación de los RN al alta del hospital, e intentamos mantener un contacto estrecho con las madres, por lo que nos parece interesante conocer los resultados obtenidos por la Dra. Barriuso en cuanto al tipo de seguimiento que han recibido los niños, por si puede aportarnos alguna luz sobre si hay diferencia en el mantenimiento de la lactancia dependiendo del momento en que las madres toman contacto con el pediatra a su salida de los hospitales, los intervalos de las visitas o la facilidad con que pueden acceder al

personal sanitario en busca de apoyo, ya que nos puede servir de orientación para seguir en nuestra línea de trabajo o plantearnos el inicio de otra.

M. del Real Llorente, J. Pellegrini Belinchon, y A. del Molino Anta

Centro de Salud de Casto Prieto, Vitigudino y Alamedilla. Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. An Esp Pediatr 1999; 50: 237-243.
2. Pellegrini Belinchon J, Del Molino Anta A, Del Real Llorente M, García Gutiérrez JF, Miguel Miguel G, Malmierca Sánchez F. Estudio de la alimentación en el lactante. Aten Primaria 1997; 20: 493-498.
3. Pedraz García C. Las rutinas hospitalarias en el período neonatal precoz. Bol Pediatr 1997; 37: 143-146.

Miocarditis por virus respiratorio sincitial

(An Esp Pediatr 2000; 52: 69-71)

Sr. Director:

Presentamos a un varón de 18 meses, que ingresa por presentar desde 48 h antes cuadro respiratorio y febrícula, con empeoramiento progresivo, aumento de la fiebre, dificultad respiratoria y obnubilación pese a tratamiento.

Antecedentes familiares y personales: sin interés.

Exploración física: normosómico. Temperatura rectal, 38,6 °C; FR 70 resp/min; FC 150 lat/min; TA 90/60 mmHg. Pálidez facial, subcianosis labial, auscultación cardíaca: sin soplos, ni galope, pulsos periféricos y centrales palpables, raleo capilar bueno, hepatomegalia de 3 cm. Taquipnea, quejido, tiraje subcostal e intercostal, hipoventilación bilateral, estertores húmedos finos en bases. Irritabilidad alternando con obnubilación. Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: hemograma: serie roja (Hb, 10 mg/dl; Hto., 32%, resto normal); normoleucocitemia con neutrofilia; plaquetas normales. Bioquímica normal. Gasometría con FiO₂ al 50% normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia con edema pulmonar y derrame pleural (fig. 1). ECG: bajo voltaje y trastorno de la repolarización generalizado. Ecocardiograma: dilatación del ventrículo izquierdo con disminución de la contractilidad (tabla 1). ELISA para VRS positivo. Cultivo VRS positivo. Hemocultivo negativo y serologías diversas negativas.

Evolución: tras su ingreso, se instauró tratamiento con restricción hídrica, diuréticos, dobutamina y milrinona, mejorando de forma manifiesta el cuadro clínico hemodinámico, respiratorio y radiológico, aunque se mantuvieron trastornos de re-

Figura 1. Radiografía de tórax anteroposterior al ingreso. Se aprecia cardiomegalia global, imagen difusa de edema pulmonar con derrame cistural, desflecamiento de la silueta cardíaca, derrame pleural derecho e imágenes alveolares difusas.

TABLA 1. Evolución de los índices de contractilidad del ventrículo izquierdo

	Día 1	Día 4	Día 7	Día 15	Día 21	Día 40	Día 60	Mes 12
Diámetro diastólico del VI	3,50	3,33	3,48	3,43	3,28			
Diámetro sistólico del VI	3,12	2,88	2,96	2,80	2,72			
Fracción de eyección	0,29	0,35	0,38	0,45	0,43	0,55	0,58	0,64
Fracción de acortamiento	0,11	0,13	0,15	0,18	0,17	0,23	0,25	0,29

polarización en el ECG y defecto de la contractilidad cardíaca evaluada por ecocardiografía (tabla 1). No presentó arritmias.

Es dado de alta de UCIP a los 10 días, con tratamiento con digital, hidralacina y diuréticos, permaneciendo ingresado durante 20 días, estando asintomático al alta.

En revisiones posteriores en consulta de cardiología persiste asintomático, normalizándose progresivamente el ECG y el tamaño cardíaco y la fracción de eyección medidos por ecocardiografía

Es dado de alta definitiva 18 meses después.

Comentario

El VRS es el agente infeccioso más frecuente en la patología respiratoria del lactante. Está siendo implicado en un número cada vez mayor de manifestaciones no respiratorias, entre las que se incluyen las complicaciones del SNC¹, la piel y el shock endotóxico con disfunción miocárdica². Como manifestaciones cardiovasculares, se han descrito fundamentalmente disritmias, en especial taquicardia supraventricular³ y bloqueo cardíaco⁴, así como derrame pericárdico. En pacientes con cardiopatía congénita se asocia a una mayor morbilidad, especialmente en aquellos con hipertensión pulmonar.

La miocarditis es una enfermedad cardíaca inflamatoria, que puede ser debida a diversos agentes etiológicos, predominando los virales. Es posible que ésta sea consecuencia de una reacción autoinmune. El diagnóstico de miocarditis nos lo da la biopsia endomiocárdica. El uso de la reacción en cadena de la polimerasa permite identificar el ADN o ARN viral. No obstante, la no detección del virus en el material de biopsia no excluye el papel causante del virus en la enfermedad miocárdica⁵.

La miocardiopatía aguda es más frecuente en el lactante, siendo la edad de máxima incidencia los tres primeros años de la vida. Suele manifestarse desde una inaparente anomalía electrocardiográfica hasta shock cardiogénico⁶, siendo especialmente frecuentes las arritmias, que pueden incluso abocar a la muerte súbita.

El motivo de la presentación de este caso es realmente su notificación.

Desde que en el año 1988 se comenzó a determinar VRS en nuestro hospital, hemos tenido una media de 102 casos de VRS positivos/año, siendo este caso el único que ha cursado con miocarditis.

Revisada la bibliografía nacional e internacional desde el año 1988, hemos hallado solamente 2 casos descritos en la edad pediátrica, de extrema gravedad⁵, y tres en adultos^{7,8}. Por tanto, la miocarditis es una rara pero grave manifestación extrapulmonar de la infección por VRS. Su presentación parece estar favorecida por el estado nutricional e inmunológico del paciente. Con frecuencia se asocia a disritmias severas, responsables de muerte aguda. Pueden ser precipitadas por la administración de inotropos y en especial de digital, por lo que éstos no son recomendables en la fase aguda⁹, siendo de gran ayuda para el control de la insuficiencia cardíaca congestiva el uso de vasodilatadores¹⁰.

En casos severos puede ser útil la instauración de la ventilación mecánica electiva para disminuir la demanda metabólica.

El tratamiento con corticoides es un punto muy debatido.

En este enfermo que ingresó sin datos clínicos de shock cardiogénico decidimos tratarlo con inotropos i.v. de fácil control, prefiriendo la dobutamina por su efecto vasodilatador, aunque añadimos siempre vasodilatadores sistémicos (milrinona) para disminuir la poscarga. Pasada la fase aguda y detectando mejoría, al cuarto día en nuestro caso, pasamos a tratamiento oral continuado, siendo los vasodilatadores una pieza fundamental del tratamiento hasta la recuperación completa de la función miocárdica.

A. García Suárez, P. Azcón González de Aguilar, C. Rubio Quevedo, I. Martín de Lara, M.M. Rodríguez Vázquez del Rey y J.M. Pérez de la Cruz
Centro Materno-Infantil. Hospital General de Especialidades Virgen de las Nieves. Granada.

BIBLIOGRAFÍA

- McIntosh ED, De Silva LM, Oates RK. Clinical severity of respiratory syncytial virus Group A and B infection in Sydney, Australia. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 815-819.
- Dagan R, Hall CB, Powell KR et al. Epidemiology and laboratory diagnosis of infection with viral and bacterial pathogens in infants hospitalized for suspected sepsis. *J Pediatr* 1989; 115: 351-356.

3. Menahem S. Respiratory syncytial virus and supraventricular tachycardia in an infant. *Int J Cardiol* 1991; 32: 249-251.
4. Bairan AC, Cherry JD, Fagan LF et al. Complete heart block and respiratory syncytial virus infection. *Am J Dis Child* 1974; 127: 264-265.
5. Thomas JD, Raroque S, Scott WA, Toro-Figueroa LO, Levin DL. Successful treatment of severe dysrhythmias in infants with respiratory syncytial virus infections: two cases and a literature review. *Crit Care Med* 1997; 25: 880-886.
6. Mencía Bartolomé S, Tamariz-Martel A, Riaza Gómez M, De la Torre Espí M, Molina Cabañero JC. Miocarditis aguda: ¿un diagnóstico olvidado en las urgencias pediátricas? *An Esp Pediatr* 1999; 50: 295-298.
7. Giles TD, Gohd RS. Respiratory syncytial virus and heart disease. A report of two cases. *JAMA* 1976; 236: 1128-1130.
8. Puchkov GF, Minkovich BM. A case of respiratory syncytial infection in a child complicated by interstitial myocarditis with lethal outcome. *Arch Patol* 1972; 34: 70-73.
9. Pérez de la Cruz JM, Ruiz Cabello JS, Bolívar JE, Díaz M, Azcón P. Miocarditis en la infancia. *Arch Pediatr* 1989; 40: 239-244.
10. Friedman W, George B. Treatment of congestive heart failure by altering loading conditions of the heart. *J Pediatr* 1985; 5: 697-706.

Las inmunoglobulinas en la profilaxis de la varicela

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 71-72)

Sr. Director:

Hemos leído el interesante artículo de Ruiz Contreras et al¹ sobre las recomendaciones de la vacunación de la varicela en niños inmunocomprometidos, cuyo uso creemos se debe generalizar en nuestro país y convertirse en una inmunización sistemática del niño y también del adolescente y adulto susceptibles.

En el artículo se comenta la profilaxis postexposición con inmunoglobulina hiperinmune varicela zoster intravenosa; al ser un preparado que sólo está disponible a través de medicamentos extranjeros, resulta a veces difícil obtenerla con carácter urgente y además su coste es elevado.

A este respecto, queremos hacer algunas consideraciones sobre diferentes alternativas en la profilaxis postexposición: las inmunoglobulinas polivalentes o inespecíficas por vía intramuscular y por vía intravenosa.

La composición cualitativa y cuantitativa de los preparados de inmunoglobulinas es un reflejo de la del plasma del que proceden. Este hecho explica que las soluciones de inmunoglobulinas inespecíficas, obtenidas a partir de un *pool* de plasma de donantes no seleccionados, tengan una composición más variable en relación a los títulos de anticuerpos varicela-zoster que los preparados de inmunoglobulinas hiperinmunes. Estas diferencias se observan además entre las diversas especialidades comerciales, según el país de origen del plasma, y entre los diferentes lotes de una misma especialidad.

A pesar de esta variabilidad, las inmunoglobulinas inespecíficas por vía intramuscular representan una alternativa a la

inmunoglobulina hiperinmune varicela-zoster intramuscular (preparado no disponible en España desde 1994) en la profilaxis de la enfermedad. La dosis que debe utilizarse es 0,6-1,2 ml/kg (16% de contenido en proteína), equivalente a 100-200 mg/kg de proteína, en una sola dosis, administrada antes de las 96 h siguientes a la exposición y preferiblemente antes de las 48 h². El inconveniente de estos preparados es el gran volumen a administrar, que exige, en muchos casos, repartir la dosis en varios puntos de inyección.

La eficacia de las inmunoglobulinas inespecíficas por vía intravenosa en la profilaxis postexposición de la varicela no ha sido evaluada. Sin embargo, teniendo en cuenta, según nuestras observaciones³, que la concentración de anticuerpos anti-varicela en la mayoría de las especialidades intravenosas registradas en nuestro país es similar o incluso muy superior a la de la inespecífica intramuscular analizada (Globuman Berna[®]), y que la vía intravenosa ofrece ventajas farmacocinéticas (biodisponibilidad del 100% frente al 50% para la vía intramuscular y T_{máx.} inmediata frente a 7 días)⁴, es razonable pensar que la administración intravenosa de un preparado inespecífico, a la misma dosis que la inmunoglobulina inespecífica intramuscular, ofrezca al menos similar protección.

Por otra parte, hemos podido observar que hay una variabilidad importante, según la técnica utilizada, en la titulación de anticuerpos varicela zoster entre los preparados inespecíficos y el hiperinmune intravenoso con valores similares, en alguna de las técnicas empleadas³ (datos personales pendientes de publicación).

Además, queremos hacer también algunas aclaraciones referentes a las indicaciones de la profilaxis, expuestas en la tabla 2 de dicho trabajo¹.

Las indicaciones de la inmunoglobulina como *profilaxis post-exposición* al virus varicela zoster son las siguientes:

1. Niños, adolescentes y adultos, susceptibles, con alteraciones de la inmunidad.
2. Embarazadas susceptibles.
3. Recién nacidos cuya madre haya iniciado la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto.
4. Lactantes de 28 semanas o menos de gestación o de peso al nacimiento inferior o igual a 1.000 g.
5. Lactantes cuyas madres no tengan historia de haber presentado la varicela o sean seronegativas.
6. Adolescentes y adultos susceptibles.
7. Contactos hospitalarios susceptibles, de alto riesgo individual o epidemiológico.
8. Recién nacidos y lactantes con enfermedades cutáneas graves y extensas.

La pauta de profilaxis postexposición en la varicela en nuestro hospital contempla el uso de inmunoglobulinas inespecíficas como fármacos de primera elección, si bien en algunos casos puede ser una alternativa razonable la utilización de la vacuna antivariola, si su administración se realiza en las primeras 72 horas después de la exposición⁵.

M. Oliveras Arenas^a y F.A. Moraga Llop^b

Servicios de ^aFarmacia y ^bPediatría.
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.
Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.