

# Problemas de salud potencialmente prevenibles: síndrome alcohólico fetal y plagiocefalia postural

J. C. BUÑUEL ÁLVAREZ

*Pediatra. Área Básica de Salud Girona-4 (Institut Català de la Salut)*

### El síndrome alcohólico fetal: ¿conocemos su prevalencia en nuestro medio? ¿Sabemos diagnosticarlo?

Elliot et al<sup>1</sup> han publicado recientemente un artículo cuyo objetivo fue determinar la incidencia del síndrome alcohólico fetal (SAF) en Australia mediante un sistema de vigilancia epidemiológica que implicó a 1.154 pediatras. El estudio, de 3 años de duración, consiguió identificar 92 nuevos casos en niños cuya edad media fue 3,3 años (el 65% de los casos identificados tenían menos de 5 años). Dicho estudio, objeto de una valoración crítica por parte de Rivas et al en la revista «Evidencias en Pediatría»<sup>2</sup>, constató una prevalencia de 0,06 casos/1.000 niños menores de 15 años. Cabe destacar que el número de casos declarados al sistema de vigilancia epidemiológica fue en aumento conforme el estudio avanzaba, lo que pone de manifiesto posiblemente una progresiva mayor concienciación de los pediatras participantes para realizar un diagnóstico preciso de esta enfermedad. Ello pudo ser motivo, por otra parte, de una infradeclaración de casos durante la primera parte del estudio. Pudo haber también casos no declarados entre algunos niños que finalmente no fueron incluidos en el estudio pero que presentaban un hermano con SAF, pudiendo constituir quizá formas menores de la enfermedad<sup>1</sup>, aunque no cumplieran todos los criterios necesarios para su diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas del SAF a nivel cognitivo, conductual y sensorial son muy diversas e incapacitantes<sup>1</sup>. En España no existe ningún registro de estas características dedicado específicamente al diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo, como Rivas et al recuerdan en su artículo<sup>2</sup>, el consumo de alcohol en España se inicia a eda-

des muy precoces: 13,6 años, según datos oficiales del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>3</sup>.

El SAF es una enfermedad de elevada morbilidad, pero que puede prevenirse. A nivel institucional y sanitario deben tomarse, por tanto, todas las medidas necesarias para disminuir-suprimir el consumo de alcohol en adolescentes y mujeres jóvenes (prevención primaria). Por otra parte, el pediatra de atención primaria debe estar concienciado de la existencia de esta enfermedad para realizar un adecuado diagnóstico precoz que puede llevar a minimizar, en la medida de lo posible, sus potenciales secuelas (prevención terciaria). Para ello es preciso profundizar en la anamnesis, en busca de consumo de alcohol durante la gestación, y estar familiarizado con las características clínicas del síndrome.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Elliott EJ, Payne J, Morris A, Haan E, Bower C, Paediatrician contributing to the Australian Paediatric Surveillance Unit. Fetal alcohol syndrome: a prospective national surveillance study. *Arch Dis Child* 2008;93:732-7.
2. Rivas Jueas C, González de Dios J. La importancia de conocer y reconocer el espectro del síndrome alcohólico fetal. *Evid Pediatr* 2008;4:70.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008 [consultado el 12-12-2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/alcohol/Jovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>.

## Plagiocefalia postural: ¿son eficaces los consejos sobre su prevención o es preciso hacer «algo más»?

Una de las medidas que han contribuido a disminuir la incidencia del síndrome de la muerte súbita del lactante es el cambio de la posición en el momento del sueño («ponle a dormir boca arriba»<sup>1</sup>). Secundariamente a este hecho, se ha constatado en los últimos años un aumento de casos de plagiocefalia postural, en gran parte secundarios a que la cabeza está constantemente apoyada y, por el efecto de la presión sostenida, puede llegar a deformarse en mayor o menor medida.

A pesar de la elevada prevalencia de esta entidad (hasta un 22% a las 7 semanas de vida<sup>2</sup>), no ha sido hasta 2008 cuando se ha publicado el primer ensayo clínico sobre qué intervención puede ser más eficaz para su tratamiento. Van Wimmeren et al<sup>3</sup> compararon el efecto de un programa estructurado de ocho sesiones de fisioterapia, en 27 lactantes de edad comprendida entre 7 semanas y 6 meses con plagiocefalia postural grave, frente a la administración de un folleto informativo a los padres de otros 27 niños de la misma edad. Este estudio presenta algunas limitaciones señaladas por Ibáñez et al en una valoración crítica del mismo publicada en la revista «Evidencias en Pediatría»<sup>4</sup>. Estas limitaciones fueron tanto metodológicas (falta de evaluación ciega del resultado final) como inherentes a la naturaleza de las intervenciones comparadas (por razones obvias el doble enmascaramiento no era posible). El estudio puso de manifiesto un efecto protector del programa de fisioterapia, superior a la administración de folletos, tanto a los seis meses (riesgo relativo [RR]: 0,54; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,22-0,85) como a los 12 meses (RR: 0,43; IC 95%: 0,22-0,85). El número de pacientes que es necesario para tratar con fisioterapia para obtener mejoría en uno es de cuatro a los seis meses, y de tres al año de edad.

A pesar de las limitaciones ya reseñadas, y que requieren la realización de estudios con un mayor número de sujetos y con una evaluación ciega de los resultados, la fisioterapia constituye una intervención no agresiva y cuyo efecto, dada su magnitud constatada por Van Wimmeren et al<sup>3</sup>, parece plausible que se mantenga en nuevos estudios que solventen las deficiencias de éste. Ante un lactante con plagiocefalia postural, por tanto, parece recomendable, a la luz de los conocimientos científicos actualmente disponibles, adoptar una actitud más activa,

además de la simple administración de consejos sobre medidas preventivas. El pediatra de atención primaria, ante un lactante con plagiocefalia postural, debería recomendar la realización de ejercicios sencillos que consigan revertir la progresiva deformidad del cráneo. Es recomendable también el seguimiento estrecho de la evolución de estos niños con el fin de detectar aquellos casos en los que, a pesar de las recomendaciones, su evolución no sea la deseada, considerando la derivación a un servicio de rehabilitación si es preciso. Queda fuera de los objetivos del ensayo clínico de van Wimmeren et al<sup>3</sup> determinar la eficacia de los cascos ortésicos. Actualmente, se reserva su uso en lactantes de más de seis meses de edad<sup>5</sup> en los que el consejo y/o la fisioterapia no han conseguido el resultado deseado. A partir de esta edad, parecen ser más eficaces que las intervenciones comparadas por Wimmeren et al<sup>3</sup> para corregir la deformidad craneal. Sin embargo, se trata de una medida molesta para el niño y económicamente cara. Este es un motivo más para recomendar el tratamiento activo precoz de la plagiocefalia postural desde el mismo instante en que es diagnosticada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological Surgery. Pediatrics 2003;112:199-202.
2. Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Wei Ng C. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. Dev Med Child Neurol 2008;50:577-86.
3. Van Wimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference. A randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:712-8.
4. Ibáñez Pradas V, Suwezda A. La fisioterapia es superior a las recomendaciones sobre hábitos posturales para reducir la prevalencia de plagiocefalia postural grave en lactantes. Evid Pediatr 2008;4:83.
5. Xia JJ, Kennedy KA, Teichgraeber JF, Wu KQ, Baumgartner JB, Gateno J. Nonsurgical treatment of deformational plagiocephaly. A systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162:719-27.