

## Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (ottobre-novembre 2016)

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originali prodotte dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstracts (con motore di ricerca). L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet. Di seguito è riportato l'elenco delle nuove revisioni e delle revisioni aggiornate di area pediatrica da ottobre a novembre 2016. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter pediatrica. Cliccando sul titolo si viene indirizzati all'abstract completo disponibile in MEDLINE, la banca dati governativa americana, o presso la Cochrane Library. Di alcune revisioni vi offriamo la traduzione italiana delle conclusioni degli autori.

### Nuove revisioni sistematiche di area pediatrica Ottobre-Novembre 2016 (Issue 10,11 2016)

1. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants
2. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma
3. Paracetamol (acetaminophen) for prevention or treatment of pain in newborns
4. Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents
5. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants
6. Reastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period
7. Polyunsaturated fatty acid supplementation in infancy for the prevention of allergy
8. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants
9. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents
10. Heparin for the treatment of thrombosis in neonates
11. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child
12. Transcutaneous electrical stimulation (TES) for treatment of constipation in children
13. Interventions for children with ear discharge occurring at least two weeks following grommet (ventilation tube) insertion
14. Vitamin D supplementation for preventing infections in children under five years of age
15. Oral appliances and functional orthopaedic appliances for obstructive sleep apnoea in children
16. Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services
17. Exhaled nitric oxide levels to guide treatment for children with asthma
18. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care
19. Factors that impact on the use of mechanical ventilation weaning protocols in critically ill adults and children : a qualitative evidence-synthesis

20. Theory-based interventions for contraception
21. Hyperbaric oxygen therapy for people with autism spectrum disorder (ASD)
22. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold
23. Interventions for patients and caregivers to improve knowledge of sickle cell disease and recognition of its related complications
24. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia
25. Dental cavity liners for Class I and Class II resin-based composite restorations
26. Six-month therapy for abdominal tuberculosis
27. Hydromorphone for cancer pain
28. Corticosteroids for Guillain-Barré syndrome
29. Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis

### Revisioni sistematiche di area pediatrica aggiornate Ottobre-Novembre 2016 (Issue 10,11 2016)

1. Infant position in neonates receiving mechanical ventilation
2. Interventions for idiopathic steroid-resistant nephrotic syndrome in children
3. Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer
4. Household interventions for preventing domestic lead exposure in children
5. Fluid therapy for acute bacterial meningitis
6. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding
7. Pancreatic enzyme replacement therapy for people with cystic fibrosis
8. Deliberate hypotension with propofol under anaesthesia for functional endoscopic sinus surgery (FESS)
9. Bisphosphonate therapy for osteogenesis imperfecta
10. Lamotrigine versus carbamazepine monotherapy for epilepsy: an individual participant data review
11. Gene therapy for sickle cell disease
12. Antifungal therapies for allergic bronchopulmonary aspergillosis in people with cystic fibrosis

## Gli effetti del contatto precoce pelle-a-pelle per le madri e i loro neonati sani

Moore ER, et al.

*Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*

*The Cochrane Library, 2016*

La ricerca è stata eseguita per stabilire gli effetti del contatto skin-to-skin (SSC) per i neonati sani rispetto alle cure standard sull'inizio e mantenimento dell'allattamento al seno e sulla fisiologia del bambino. L'analisi è stata condotta su 3.472 donne reclutate in 38 trials per lo più di piccole dimensioni; nessuno degli studi rispondeva a tutti i requisiti di buona qualità per metodologia e copertura; la cecità non è stata garantita in nessun trial e tutte le analisi sono risultate imprecise per il piccolo numero di casi. Molte analisi avevano un'elevata eterogeneità statistica. Risultati per le donne con evidenza di qualità moderata secondo GRADE: le donne SSC rispetto a quelle con cure standard allattano più al seno da 1 a 4 mesi dopo la nascita, ed allattano con più probabilità in modo esclusivo dalla dimissione a un mese di vita e dalle 6 settimane ai 6 mesi. Risultati per i neonati con evidenza di qualità bassa secondo GRADE: i neonati SSC avevano un miglior punteggio complessivo di stabilità cardiorespiratoria e più alti valori di glicemia. Per quanta riguarda le donne e i neonati dopo parto cesareo, dato il basso numero del campione in analisi, non ci sono evidenze di differenza tra i gruppi. Gli autori concludono che il contatto skin-to-skin promuove l'allattamento al seno, ma sono necessari studi di più ampie dimensioni e di miglior qualità metodologica per confermare i benefici per i neonati, stabilire il possibile effetto dose-risposta e il momento ottimale di inizio.

## Paracetamolo per prevenire o trattare il dolore nei neonati

Ohlsson A, Shah PS.

*Paracetamol (acetaminophen) for prevention or treatment of pain in newborns*

*The Cochrane Library, 2016*

Sono stati inclusi 9 trials a basso rischio di bias che hanno valutato il paracetamolo per il trattamento del dolore in 728 neonati; le procedure dolorose studiate comprendevano puntura del tallone, nascita vaginale assistita, visita oculistica per retinopatia e assistenza post-operatoria. Non è stato possibile combinare in una metanalisi i risultati dei singoli studi a causa delle differenze nelle situazioni dolorose, nell'uso di paracetamolo e interventi di confronto, negli outcome. La scarsità e bassa qualità dei dati non forniscono evidenze sufficienti a stabilire il ruolo del paracetamolo nel ridurre gli effetti delle procedure dolorose nei neonati.

## Interventi farmacologici per il trattamento dell'obesità in bambini e adolescenti

Mead E, et al.

*Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents*

*The Cochrane Library, 2016*

Scopo della revisione era verificare l'efficacia degli interventi farmacologici nel trattamento dell'obesità nei bambini e adolescenti. Sono stati inclusi gli studi randomizzati controllati con un intervento farmacologico di almeno 3 mesi e un follow-up minimo di 6 mesi, associati o meno a supporto familiare. Sono stati inclusi 21 trials e identificati 8 trials in corso per un totale di 2.484 sogget-

ti. Il rischio di bias era generalmente basso per randomizzazione, nascondimento dell'allocazione e cecità rispetto agli outcome. Gli outcome primari erano modificazione del BMI, modificazione del peso ed effetti collaterali. Per quanto riguarda gli outcome secondari solo la distribuzione del grasso corporeo è stata misurata nella maggior parte degli studi. La differenza media (MD) nella modificazione del BMI tra gruppo intervento e confronto è risultata -1.3 kg/m<sup>2</sup> (IC 95% -1.9 a -0.8; p < 0.00001; 16 trials; 1.884 partecipanti). Separando per tipo di farmaco, sibutramina, metformina e orlistat mostravano riduzioni nel BMI a favore dell'intervento. La differenza media nella modificazione del peso tra gruppo intervento e confronto è risultata -3.9 kg (IC 95% -5.9, -1.9; p < 0.00001; 11 trials; 1.180 partecipanti). Anche separando i farmaci il dato è stato confermato a favore dell'intervento. Cinque trials hanno riportato gravi effetti avversi: 24/878 (2.7%) partecipanti nei gruppi intervento versus 8/469 (1.7%) partecipanti nei gruppi controllo (risk ratio (RR) 1.43, IC 95% 0.63 - 3.25; 1.347 partecipanti). Un totale di 52/1043 (5.0%) partecipanti nei gruppi intervento versus 17/621 (2.7%) nei gruppi controllo ha interrotto il trial per effetti avversi (RR 1.45, IC 95%, 0.83 a 2.52; 10 trials; 1.664 partecipanti). Gli effetti avversi più frequenti per orlistat e metformina erano gastrointestinali; per sibutramina tachicardia, costipazione e ipertensione; l'unico trial con fluoxetina ha riportato secchezza del cavo orale e feci molli. Nessun trial ha studiato il trattamento farmacologico nei bambini. Gli autori concludono che gli interventi farmacologici possono avere piccoli effetti nella riduzione del BMI e del peso, tuttavia molti di questi farmaci non sono autorizzati per il trattamento dell'obesità in bambini e adolescenti o sono stati ritirati. I trials sono risultati generalmente di bassa qualità e la percentuale complessiva di persi al follow-up è risultata elevata (25%).

## La supplementazione con acidi grassi polinsaturi nell'infanzia per prevenire l'allergia

Schindler T, et al.

*Polyunsaturated fatty acid supplementation in infancy for the prevention of allergy*

*The Cochrane Library, 2016*

L'obiettivo della revisione era verificare se la supplementazione con acidi grassi polinsaturi (PUFA) nell'infanzia potesse prevenire lo sviluppo di allergie. Sono stati trovati 17 studi di cui, però, solo 9 (2.704 bambini) riportavano gli outcome richiesti per la metanalisi. Nei bambini sotto i 2 anni non è stata evidenziata alcuna differenza rispetto all'incidenza complessiva delle allergie, di asma, dermatite/eczema e allergia alimentare. È stata rilevata una riduzione di rinite allergica, con un number needed to treat (NNT) 25. Nei bambini dai 2 ai 5 anni la metanalisi non ha mostrato differenze nell'incidenza complessiva di allergia, asma, dermatite/eczema o allergia alimentare. Gli autori concludono che non c'è evidenza che la supplementazione con PUFA nell'infanzia abbia un effetto sullo sviluppo di allergia, tuttavia la qualità delle evidenze è risultata molto bassa.

## La supplementazione con vitamina D per prevenire le infezioni nei bambini sotto i 5 anni

Yakoob MY, et al.

*Vitamin D supplementation for preventing infections in children under five years of age*

*The Cochrane Library, 2016*

La ricerca è stata eseguita per valutare il ruolo della supplementazione con vitamina D nella prevenzione di polmonite, tubercolosi (TB), diarrea e malaria nei bambini sotto i 5 anni in paesi ad alte,

medie e basse risorse. Sono stati inclusi 4 studi con 3.198 bambini in Afghanistan, Spagna e USA, paesi in cui la prevalenza di deficit di vitamina D è molto differente. Non sono stati trovati studi che abbiano indagato l'incidenza di TB, malaria o malattia febbrile, durata della polmonite, durata della diarrea, gravità dell'infezione e mortalità causa-specifica (TB, diarrea o malaria). Un unico grosso trial non ha dimostrato beneficio della supplementazione con vitamina D sull'incidenza di polmonite o diarrea nei bambini sotto i 5 anni.

### L'informazione scritta per i pazienti, o per i loro genitori, riduce l'uso di antibiotici per le infezioni delle vie aeree superiori nelle cure primarie

O'Sullivan JW, et al.

*Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care*

*The Cochrane Library, 2016*

Obiettivo dello studio era verificare se un'informazione scritta per i pazienti, o per i genitori nel caso dei bambini, riducesse l'uso di antibiotici per infezioni acute delle vie aeree superiori (URTI) nell'ambito delle cure primarie. Sono stati inclusi gli RCT che confrontavano l'informazione scritta fornita subito prima o durante la prescrizione, con l'assenza di informazione. I due studi che rispettavano i criteri di inclusione reclutavano solo bambini: 558 bambini da 61 general practices in Inghilterra e Galles e 269 medici di cure primarie che hanno fornito dati su 33792 consultazioni in Kentucky, USA. Entrambi gli studi avevano alto rischio di bias. Rispetto alle cure abituali, è risultato (evidenza di qualità moderata) che l'informazione scritta riduca significativamente il numero di antibiotici usati dai genitori senza significativo effetto sui tassi di riconsultazione o soddisfazione dei genitori. E' anche stata dimostrata (evidenza di qualità bassa) una minor prescrizione di antibiotici da parte dei medici con l'informazione scritta.

### Interventi per promuovere la partecipazione nel processo decisionale condiviso per i bambini con cancro

Coyne I, et al.

*Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer*

*The Cochrane Library, 2016*

I bambini con cancro preferiscono solitamente essere coinvolti nelle scelte e considerano importante partecipare alle decisioni relative alla loro salute, anche a quelle di fine vita. C'è un grosso impegno per coinvolgere i bambini nel processo decisionale di cura a un livello adeguato alla loro età, esperienza e capacità. L'aggiornamento di questa revisione ha l'obiettivo di esaminare gli effetti degli interventi in favore dei processi decisionali condivisi (SDM) sui percorsi decisionali nei bambini di età 4-18 anni con cancro. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati e studi clinici controllati sugli interventi di processo decisionale condiviso rispetto a: trattamento, assistenza sanitaria, partecipazione a ricerche. L'outcome primario era SDM, misurato con una qualsiasi scala validata. Nessuno studio presentava i criteri di inclusione e quindi non è stata eseguita alcuna analisi. Gli autori attribuiscono questa carenza a varie ragioni, tra cui:

- la necessità di tempi lunghi perché l'attenzione verso la partecipazione dei bambini sia adottata in un setting sanitario;
- la priorità data agli interventi che promuovono la partecipazione dei bambini nella comunicazione, essendo la condivisione dell'informazione un pre-requisito per la SDM;

- la restrizione ai soli studi randomizzati controllati.

### La terapia idratante nella meningite batterica acuta

Maconochie IK, Bhaumik S.

*Fluid therapy for acute bacterial meningitis*

*The Cochrane Library, 2016*

La gestione attenta dell'equilibrio idrico ed elettrolitico costituisce un importante aspetto della terapia di supporto nella meningite batterica. Quest'ultimo aggiornamento aveva lo scopo di valutare differenti volumi dell'iniziale apporto di liquidi (fino a 72 ore dall'esordio) e gli effetti su mortalità e sequele neurologiche. Sono stati inclusi 3 trial con 420 bambini; il più grande di questi studi è stato eseguito in setting ad alto tasso di mortalità e giudicato a basso rischio di bias; gli altri 2 studi più piccoli non erano di alta qualità. La metanalisi non ha trovato differenza significativa tra i gruppi con mantenimento o restrizione di liquidi sul numero di morti o gravi sequele neurologiche; definendo ulteriormente le sequele neurologiche è stata trovata una differenza statisticamente significativa in favore del gruppo con mantenimento di liquidi per quanto riguarda la spasticità e le convulsioni sia a 72 ore che a 14 giorni. Gli autori concludono che la qualità di evidenza su questo argomento è bassa / molto bassa e che sono necessari ulteriori studi per avere una guida pratica.