

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (gennaio-febbraio 2018)

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 di area pediatrica da gennaio a febbraio 2018. 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 gennaio-febbraio 2018 (Issue 01- 02 2018)

1. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke
2. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight
3. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under
4. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children
5. Anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) drugs for treatment of retinopathy of prematurity
6. Planned birth at or near term for improving health outcomes for pregnant women with gestational diabetes and their infants
7. Osmotic therapies added to antibiotics for acute bacterial meningitis
8. Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates
9. Osmotic therapies added to antibiotics for acute bacterial meningitis
10. Vaccines for preventing influenza in healthy children
11. Orthodontic treatment for deep bite and retroclined upper front teeth in children

Efficacia dei programmi che controllano l'abitudine al fumo nei famigliari e nei caregiver nel ridurre l'esposizione ambientale dei bambini al fumo di tabacco

Behbod B. et al.

Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke

The Cochrane Library, 2018

Questa nuova revisione Cochrane ha valutato qualsiasi intervento di prevenzione o intervento per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo di tabacco individuando 72 studi complessivamente di bassa o bassissima qualità (solo 9 a basso rischio di bias), di cui 26 sono risultati efficaci ma troppo eterogenei nei tipi di interventi effettuati per poter trarre delle conclusioni. Sono stati valutati sia studi su bambini sani che su bambini malati e sembra che ci sia alcune differenze di efficacia nelle due popolazioni; ad es. uno studio che utilizzava l'intervista motivazionale che aveva come obiettivo la riduzione dei sintomi d'asma nei bambini e non l'abitudine al fumo, è risultato efficace.

Attività fisica, dieta o altri interventi comportamentali per migliorare le funzioni cognitive e il rendimento scolastico nei bambini e adolescenti obesi o in sovrappeso

Martin A. et al.

Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight

The Cochrane Library, 2018

Questa nuova revisione considera 18 studi (5 RCT e 13 quasi RCT) eterogenei nel tipo d'intervento (8 studi solo attività fisica, 3 attività fisica e stili di vita salutari, 3 solo interventi dietetici) e nella qualità, che hanno coinvolto 2.384 bambini e adolescenti sovrappeso o obesi e hanno valutato gli effetti sulle funzioni cognitive e il rendimento scolastico. Uno studio di qualità elevata su 116 bambini con un intervento basato solo sull'attività fisica, ha evidenziato il miglioramento in modo lieve nelle funzioni esecutive con una differenza media di 5 punti in più in una scala di 100, nel gruppo che fa attività fisica dopo la scuola rispetto alle cure standard (95% CI 0.69-9.32); non si evidenzia invece un miglioramento significativo del rendimento scolastico e nel controllo del comportamento. Una dieta sana a scuola migliora moderatamente il rendimento scolastico degli adolescenti obesi a scuola (SMD 0.46, 95% CI 0.25-0.66; 2 studi, 382 adolescenti, evidenza di bassa qualità).

Interventi per bambini fino a 5 anni per aumentare il consumo di frutta e verdura

RK. Hodder et al.

Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under

The Cochrane Library, 2018

Nonostante siano stati individuati 55 studi eleggibili che hanno coinvolto 11.108 partecipanti e vari approcci di intervento (33 interventi sulla proposta alimentare; 33 interventi di educazione alimentare ai genitori, 1 intervento di educazione alimentare per i bambini e 8 interventi misti), le prove su come aumentare il consumo di frutta e verdura per i bambini fino a 5 anni rimangono scarse. Esistono prove di scarsa qualità che gli interventi che modificano la proposta alimentare (es. esposizione ripetuta) sono efficaci nell'aumentare il consumo di verdure, tuttavia la dimensione dell'effetto valutato nella metanalisi è molto piccola (4 g) e non ci sono dati di follow-up a lungo termine. L'educazione alla nutrizione genitoriale e gli interventi multicomponenti sembrerebbero non efficaci, ma le prove sono di bassa qualità.

Trattamento farmacologico per le convulsioni tonico-cloniche e per lo stato epilettico nei bambini

A. Mc Tague et al.

Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children

The Cochrane Library, 2018

Questo aggiornamento include 18 studi randomizzati su 2.199 partecipanti e una gamma di opzioni di trattamento farmacologico, dosi e vie di somministrazione (rettale, buccale, nasale, intramuscolare e endovenosa). Il setting considerato è per lo più quello ospedaliero. Ci sono evidenze di elevata qualità che gli anticonvulsivanti per via intrabuccale e per via intranasale interrompono le convulsioni con la stessa efficacia della via intravenosa (es. Lorazepam intranasale e per via endovenosa RR 0.96, 95% CI 0.82 to 1.13; 1 trial; 141 bambini, evidenza di elevata qualità; Midazolam intranasale e diazepam per via endovenosa RR 0.98, 95% CI 0.91 to 1.06; 2 trials; 122 bambini; evidenza di moderata qualità). Le evidenze sono di qualità troppo bassa per consigliare l'uso del midazolam per via intrabuccale verso il diazepam per via rettale. Gli effetti collaterali dei farmaci sono rari: la depressione respiratoria è quello più rilevante e frequente e interessa dallo 0 al 18% dei bambini. Dalla combinazione di 3 studi risulta che il Lorazepam è associato più raramente rispetto al Diazepam a episodi di depressione respiratoria (RR 0.72, 95% CI 0.55 to 0.93; 439 bambini).