

Cochrane Database of Systematic Review (CDSR) (aprile-maggio 2020)

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 di aprile e maggio 2020. 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.

Revisioni sistematiche nuove o aggiornate di area pediatrica aprile-maggio 2020 (Issue 04-05, 2020)

1. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants
2. Growth hormone therapy for people with thalassaemia
3. Strategies for optimising antenatal corticosteroid administration for women with anticipated preterm birth
4. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants
5. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under
6. Interventions for congenital talipes equinovarus (clubfoot)
7. Conservative management of oesophageal soft food bolus impaction
8. Screening strategies for hypertension
9. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic disease-free impacted wisdom teeth
10. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children
11. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss
12. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat
13. Topical azelaic acid, salicylic acid, nicotinamide, sulphur, zinc and fruit acid (alpha-hydroxy acid) for acne
14. Inhaled mannitol for cystic fibrosis
15. Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis
16. Normal saline (0.9% sodium chloride) versus heparin intermittent flushing for the prevention of occlusion in long-term central venous catheters in infants and children
17. v
18. Hand cleaning with ash for reducing the spread of viral and bacterial infections: a rapid review
19. Vitamin C supplementation for prevention and treatment of pneumonia
20. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children
21. Clonazepam add-on therapy for drug-resistant epilepsy
22. Non-invasive respiratory support for the management of transient tachypnea of the newborn
23. Vitamin D, calcium or a combination of vitamin D and calcium for the treatment of nutritional rickets in children
24. Interventions for fatigue in inflammatory bowel disease
25. Non-corticosteroid immunosuppressive medications for steroid-sensitive nephrotic syndrome in children
26. Anthelmintic drugs for treating ascariasis
27. Omega-3 fatty acid supplementation for cystic fibrosis
28. EEG for children with complex febrile seizures
29. Taxation of unprocessed sugar or sugar-added foods for reducing their consumption and preventing obesity or other adverse health outcomes
30. Rinse-free hand wash for reducing absenteeism among pre-school and school children
31. Agricultural and nutritional education interventions for reducing aflatoxin exposure to improve infant and child growth in low- and middle-income countries
32. Clonidine for pain in non-ventilated infants
33. Early versus late parenteral nutrition for critically ill term and late preterm infants
34. Zinc supplementation for the promotion of growth and prevention of infections in infants less than six months of age
35. Interventions for preventing silent cerebral infarcts in people with sickle cell disease
36. Treatments for the prevention of Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP)
37. Spectacle correction versus no spectacles for prevention of strabismus in hyperopic children

Fortificazione con multi-nutrienti del latte materno per neonati prematuri

Brown JVE, et al.

Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants

The Cochrane Library, 2020

Sono stati identificati 18 studi a cui hanno partecipato un totale di 1456 neonati pretermine. Questi studi erano generalmente piccoli e metodologicamente deboli. Le meta-analisi hanno fornito prove di certezza da bassa a moderata dimostrando che la fortificazione con multi-nutrienti del latte materno aumenta nei neonati pretermine il tasso di aumento di peso in ospedale (MD 1.76 g/kg/giorno, IC 95% 1.30, 2.22), di lunghezza (MD 0.1 cm/sett., IC 95% 0.08, 0.15) o di circonferenza cranica (MD 0.06 cm/sett., IC 95% 0.03, 0.08). Sono disponibili pochi dati sulla crescita e sugli esiti dello sviluppo valutati oltre l'infanzia e questi non mostrano effetti della fortificazione con multi-nutrienti. I dati non suggeriscono altri benefici o danni e forniscono prove di scarsa certezza della fortificazione con multi-nutrienti sul rischio di enterocolite necrotizzante nei neonati pretermine (RR 1.37, IC 95% 0.72, 2.63; 13 studi, 1.110 neonati). L'alimentazione dei neonati pretermine con latte materno umano arricchito con più nutrienti rispetto al latte materno umano non fortificato è associata a un modesto aumento dei tassi di crescita durante il ricovero ospedaliero. Le prove non sono sufficienti per dimostrare che la fortificazione con multi-nutrienti ha effetti sulla crescita o sullo sviluppo neurologico a lungo termine.

Interventi per aumentare il consumo di frutta e verdura nei bambini di età pari o inferiore a cinque anni

Hodder RH, et al.

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

The Cochrane Library, 2020

Nonostante siano stati identificati 80 studi su vari approcci di intervento, le prove su come aumentare il consumo di frutta e verdura dei bambini rimangono scarse in termini di qualità delle prove e entità degli effetti. Tra i tipi di intervento identificati ci sono prove di qualità moderata su interventi multicomponenti e prove di scarsa qualità che stili di alimentazione infantile possono portare solo a piccoli aumenti nel consumo di frutta e verdura nei bambini di età pari o inferiore a cinque anni. Non è chiaro se i soli interventi di educazione nutrizionale dei genitori o di educazione alimentare rivolta direttamente ai bambini siano efficaci nell'aumentare il consumo di frutta e verdura nei bambini di età pari o inferiore a cinque anni. Le stime effettive per tutti gli approcci di intervento, ad eccezione degli interventi multicomponenti, è basata su prove di qualità bassa o molto bassa. Sono indicati follow-up a lungo termine di almeno 12 mesi e la ricerca futura dovrebbe adottare metodi di indagine più rigorosi. Questa è una living systematic review ossia una revisione sistematica in aggiornamento permanente. Questa nuova modalità di revisione presenta la caratteristica di essere continuamente aggiornata, incorporando nuove prove pertinenti agli esiti ricercati non appena questi sono disponibili.

Interventi di allarme per enuresi notturna nei bambini

Caldwell PHY, et al.

Alarm interventions for nocturnal enuresis in children

The Cochrane Library, 2020

La revisione ha incluso 74 trial (5.983 bambini). L'allarme notturno può essere più efficace di nessun trattamento nel ridurre l'enuresi nei bambini. Non ci sono prove che la terapia di allarme sia più efficace della desmopressina ma esiste probabilmente un rischio inferiore di eventi avversi dell'allarme notturno rispetto alla desmopressina. Nonostante il gran numero di studi inclusi in questa revisione, sono ancora necessari ulteriori studi di potenza adeguata e con una valida randomizzazione per determinare l'efficacia dell'allarme notturno.

Tonsillectomia vs tonsillotomia per il disordine respiratorio ostruttivo del sonno nei bambini

Blackshaw H, et al.

Tonsillectomy versus tonsillotomy for obstructive sleep-disordered breathing in children

The Cochrane Library, 2020

La revisione ha incluso 22 studi (1.984 bambini) perlopiù con rischio di bias alto o incerto. Per i bambini con disturbi ostruttivi respiratori o apnea durante il sonno (oSDB) selezionati per

la chirurgia delle tonsille, la tonsillotomia probabilmente esita in un più rapido ritorno alla normale attività (quattro giorni) e in una leggera riduzione nel complicità postoperatorie che richiedono l'intervento medico nella prima settimana dopo l'intervento chirurgico. Tuttavia non è possibile determinare in questa revisione l'efficacia di una operazione chirurgica sull'altra poiché i dati sugli effetti a lungo termine delle due operazioni sui sintomi dell'oSDB, la qualità della vita, la ricorrenza dell'oSDB e la necessità di reintervento sono limitati e le prove sono di qualità molto bassa e quindi portano a un alto grado di incertezza sui risultati. Sono necessari dati più affidabili, da studi di coorte di alta qualità, che potrebbero essere più appropriati per rilevare le differenze a lungo termine negli esiti meno comuni, per indicare quale tecnica di chirurgia tonsillare sia la migliore per i bambini con oSDB che richiedono un intervento chirurgico.

Elettroencefalogramma per bambini con convulsioni febbrili complesse

Shah PB, et al.

EEG for children with complex febrile seizures

The Cochrane Library, 2020

Su 48 studi inizialmente selezionati, nessun RCT è stato incluso in questa revisione in quanto non idoneo secondo i criteri di inclusione. Non sono stati trovati RCT per supportare o confutare l'uso dell'elettroencefalogramma e il momento della sua esecuzione dopo convulsione febbrile complessa nei bambini di età inferiore ai cinque anni. Possono essere progettati RCT in modo tale che un partecipante sia assegnato casualmente al gruppo EEG o al gruppo non-EEG, e con dimensione del campione sufficiente. Non sono stati trovati ulteriori studi dall'ultimo aggiornamento di questa revisione.

Tassazione dello zucchero non lavorato o degli alimenti con zucchero aggiunto per ridurre il consumo di zucchero e prevenire l'obesità o altri esiti negativi per la salute

Pfinder M, et al.

Taxation of unprocessed sugar or sugar-added foods for reducing their consumption and preventing obesity or other adverse health outcomes

The Cochrane Library, 2020

Sono stati selezionati inizialmente 24.454 articoli. Dopo aver escluso gli studi duplicati, sono rimasti 18.767 articoli, screenati per titolo e abstract. Di 11 studi potenzialmente rilevanti, abbiamo incluso uno studio (disegno a serie temporali interrotte) con 40.210 osservazioni a livello di famiglia dall'Hungarian Household Budget and Living Conditions Survey. Le prove disponibili sono molto limitate e la qualità delle prove è molto bassa. Nonostante la riduzione del consumo di alimenti con zucchero aggiunto a causa della tassazione, non c'è evidenza nell'affermare se la tassazione dello zucchero non lavorato o aggiunto agli alimenti abbia un effetto sulla riduzione del suo consumo e sulla prevenzione dell'obesità o di altri esiti avversi per la salute. Sono necessari ulteriori studi rigorosamente condotti per trarre con-

clusioni concrete sull'efficacia della tassazione dello zucchero per ridurre il suo consumo e prevenire l'obesità o altri esiti negativi per la salute.

Supplementazione con zinco per la promozione della crescita e la prevenzione di infezioni in lattanti fino ai sei mesi di età

Lassi ZS, et al.

Zinc supplementation for the promotion of growth and prevention of infections in infants less than six months of age

The Cochrane Library, 2020

La revisione ha selezionato otto studi (85.629 bambini) e cinque studi sono stati inclusi in una metanalisi: quattro hanno confrontato zinco con placebo e uno ha confrontato zinco + riboflavina vs riboflavina. C'è stato un impatto positivo significativo della supplementazione di zinco su Z-score peso per età e Z-score peso per lunghezza dopo sei mesi di intervento vs placebo. Nel confronto tra supplemento di zinco + riboflavina vs riboflavina, c'è stata una significativa riduzione della malnutrizione acuta a 24 mesi, ma è stata influenzata negativamente la malnutrizione cronica con ritardo della crescita a 21 mesi. Sebbene gli studi inclusi fossero di qualità da buona a moderata, i risultati che potevano essere metanalizzati si basavano su pochi studi che hanno influenzato la qualità complessiva di risultati. Indipendentemente da ciò, è necessario eseguire trial ben disegnati condotti in bambini di età inferiore ai sei mesi prima di fare una raccomandazione forte a sostegno della supplementazione con zinco in questa età.

Vitamina D, calcio o una combinazione di vitamina D e calcio per il trattamento del rachitismo alimentare nei bambini

Chibuzor MT, et al.

Vitamin D, calcium or a combination of vitamin D and calcium for the treatment of nutritional rickets in children

The Cochrane Library, 2020

Su 4.562 studi selezionati, in questa revisione sono stati inclusi 4 RCT (286 bambini). Gli studi hanno confrontato due o più dei seguenti interventi: vitamina D, calcio, vitamina D + calcio; il numero di partecipanti negli studi inclusi randomizzati a ricevere vit. D era 64, il calcio 102, e vit. D + calcio 120. Due studi sono stati condotti in India e due in Nigeria. L'uso di calcio da solo o vitamina D + calcio per trattare il rachitismo alimentare può migliorare la guarigione rispetto all'utilizzo della sola vitamina D. Non ci sono prove affidabili sugli effetti del calcio da solo sulle fratture da solo vs la sola vitamina D. Non ci sono prove affidabili degli effetti sulle fratture o altri effetti collaterali della vitamina D + calcio rispetto alla sola vitamina D. Non ci sono prove affidabili degli effetti della vitamina D + calcio rispetto al calcio da solo sulla guarigione da rachitismo, fratture e sugli effetti collaterali. Nessuno degli studi ha riportato gli effetti sulla crescita (differenze in altezza, peso, altezza per età, peso per età), morte per qualsiasi causa, effetti socio-economici (costo di trattamento, risorse utilizzate a causa di malattia o a causa dall'assenza da lavoro o per babysitter, costo delle visite in ospedale o ambulatorio) e

qualità della vita correlata alla salute.

Lavaggio delle mani senza risciacquo per ridurre l'assenteismo in età prescolare e scolare

Munn Z, et al.

Rinse-free hand wash for reducing absenteeism among pre-school and school children

The Cochrane Library, 2020

La revisione ha incluso 19 studi (30.747 partecipanti). 8 studi sono stati condotti in USA, 2 in Spagna e 1 rispettivamente in Cina, Colombia, Finlandia, Kenia, Bangladesh, Nuova Zelanda, Svezia e Thailandia. 6 studi sono stati condotti in scuole dell'infanzia (bambini di età da 0 a 5 anni), e i rimanenti 13 sono stati condotti nelle scuole primarie (bambini da 5 a 14 anni di età). I risultati di questa revisione hanno identificato un effetto piccolo ma potenzialmente benefico del lavaggio delle mani senza risciacquo sulle assenze da scuola legate alle malattie. Tuttavia, la forza delle prove che hanno contribuito a questa conclusione era bassa o molto bassa secondo l'approccio GRADE, quindi l'evidenza è scarsa. Ulteriori ricerche sono necessarie a tutti i livelli di scolarizzazione per valutare il benefico del lavaggio delle mani senza risciacquo al fine di fornire delle risposte conclusive basate su prove più affidabili. Quando si considera l'uso di un lavaggio delle mani senza risciacquo in un particolare ambiente è necessario prendere in considerazione l'attuale tasso di assenteismo correlato alla malattia e se i piccoli effetti benefici osservati in questa revisione si tradurranno in una riduzione significativa in tutti i contesti.