

Informes SIIC

CONTROL DEL DOLOR COMO PRIORIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

El tipo de analgésico empleado depende en gran medida de la intensidad del dolor

Sidney, Australia :

El dolor es síntoma predominante en los niños con enfermedades terminales, y su control debe ser prioritario; la mayoría de esos niños obtienen analgesia satisfactoria con las dosis convencionales de opioides.

Fuente científica:

[**American Journal of Cancer** 4(2):77-85, 2005] – aSNC

Autores

Collins J

El adecuado control del dolor y otros síntomas en niños con enfermedades terminales es de importancia crítica. Su control debe priorizarse, y en ese sentido, debe ser tratado meticulosamente con medicamentos y opciones no farmacológicas. En opinión del autor, existe poca información acerca de los efectos farmacológicos en niños de las drogas utilizadas para el manejo del dolor, sin embargo, la amplia mayoría tiene analgesia satisfactoria con dosis habituales de opioides y pocos requieren dosis elevadas de estos fármacos o intervenciones más radicales, tales como procedimientos invasivos o sedación terminal.

De acuerdo con lo que expresa la OMS, nada tendría mayor impacto sobre la calidad de vida de niños con cáncer que, la difusión e implementación de los principios que guían a los cuidados paliativos en esta población. En ese sentido, esta organización trazó directivas para la prescripción escalonada de analgésicos, desde los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el dolor leve hasta opioides para el dolor intenso. Entre los primeros se prefiere el paracetamol, que mostró menores efectos adversos que otros AINE. Asociado a éste, se utiliza la codeína por vía oral en pacientes con dolor moderado. Por su parte, en casos de dolor intenso, la morfina y otros opioides, tales como oxycodona, hidromorfina, fentanilo y metadona, constituyen la base de la terapia. La administración oral debiera ser la primera opción para la mayoría de los pacientes, debido a que se considera más simple, segura y menos traumática. En caso de no ser tolerada, la infusión endovenosa tiene la ventaja de la rapidez de acción y debe ser preferida a la vía intramuscular. Por otro lado, no se ha informado de efectos adversos de magnitud, limitándose a sedación, náuseas y vómitos y prurito. En estas circunstancias, el tratamiento sintomático o la rotación del opioide, se revelan como métodos eficaces para controlar los síntomas. En cuanto, a la medicación coadyuvante, para el autor puede ser beneficiosa cuando se presenta dolor resistente a la acción farmacológica de los analgésicos. Entre aquellos se incluyen antidepresivos, corticoides, anticonvulsivantes, antihistamínicos y relajantes musculares.

Con todo, las crisis de dolor en niños con enfermedad terminal constituye una urgencia pediátrica. La determinación precisa de la intensidad del dolor es básico para indicar el tipo y la forma de administración de los analgésicos. Para el autor, sobre esa base, una minoría de niños necesitarán procedimientos invasivos o sedación terminal.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA OBESIDAD INFANTIL PARA MODIFICAR CONDUCTAS

Los distintos especialistas pueden proceder de manera más adecuada para el tratamiento de esta patología

Malmo, Suecia :

La obesidad infantil se asocia fuertemente con el estilo de vida. Un equipo multidisciplinario debe aconsejar al niño sobre nuevos hábitos alimentarios y conductuales que logren el objetivo de la pérdida de peso.

Fuente científica:

[**Acta Paediatrica** 94(Supl. 448):23-29, Jun 2005] – aSNC

Autores

Nowicka P

Existe un significativo aumento de la incidencia de obesidad en niños durante los últimos años, en particular en países con elevado estándar de vida. El consenso acepta que el tratamiento destinado a la pérdida de peso requiere abordaje multidisciplinario, incluidos médico, nutricionista y psicólogo, entre otros. El objetivo de este equipo es educar para lograr que se cambien hábitos, tales como el consumo de comidas rápidas, la ingesta de gaseosas, o incluso el tamaño de las porciones. También se reconoce que a los cambios nutricionales, debe agregarse aumento de la actividad física en pos de incrementar el gasto de energía. En ese sentido, los consejos de un profesor de educación física posibilitarían incorporar actividades que, aunque en apariencia rutinarias, consiguen mayor dinámica física. Entre ellos, trasladarse a la escuela caminando o en bicicleta, utilizar escaleras, participar de las tareas domésticas y la adopción de algún pasatiempo que relegue a la televisión y la comida.

Los motivos nutricionales responsables de la obesidad infantil son aún escasamente comprendidos, aunque diversas teorías encuentran sustento empírico para explicar porqué determinadas clases de alimentos se asocian con obesidad, verbigracia las comidas rápidas. Estas presentan diversos factores que contribuyen al aumento de peso, tales como el tamaño de las porciones, la cantidad de energía que proporcionan, el alto contenido de grasas saturadas, la baja proporción de fibras y los adicionales con que se acompañan dichas comidas como aderezos, papas fritas y gaseosas. El nutricionista juega un papel fundamental en el proceso de cambiar los hábitos alimenticios del niño, y una estrategia importante consiste en interesarlos por la comida sana y variada, como también enseñarles a comer con moderación, más que prohibir. En cuanto a la actividad física, el tiempo en que los infantes se sientan frente a un televisor necesita ser corregido. La Academia de Pediatría estadounidense recomienda no pasar más de 2 hs por día frente a la pantalla. El profesor de educación física debe estimular, apoyado por padres, la incorporación de mayor tiempo dedicado a realizar ejercicios. Para lograrlo, se torna esencial que transmita al niño que la actividad y el movimiento denotan una oportunidad y no un inconveniente.

En suma, la autora define a la obesidad infantil como una condición propia del estilo de vida actual que requiere un abordaje multidisciplinario para corregirlo. Trazar directivas de nuevos hábitos alimentarios y conductuales, que al mismo tiempo sean atractivos para el infante, constituyen un desafío por resolver.

TRATAMIENTO SISTEMICO DE LA TIÑA CAPITIS EN PEDIATRIA

A los antimicóticos suelen asociarse antihistamínicos para proporcionar alivio y evitar el rascado

Munich, Alemania :

La tiña de la cabeza es una infección común del cuero cabelludo, en particular entre los niños. Para el tratamiento sistémico en esta población solamente ha sido aprobada la griseofulvina.

Fuente científica:

[**American Journal of Clinical Dermatology** 6(4):203-213, 2005] – aSNC

Autores

Möhrenschlager M, Seidl H, Ring J y Abeck D

La tiña de la cabeza simboliza la más frecuente de las dermatofitosis en niños. Se manifiesta con diversos patrones clínicos que dependen del grado de inflamación. Así, los pacientes pueden presentar desde diversas lesiones anulares en cuero cabelludo no inflamatorias, con descamación similar a la dermatitis seborreica y con o sin pérdida de cabello, hasta el favus, caracterizado por la presencia de costras amarillentas. En el medio se cuenta la forma inflamatoria, denominada queirón, con lesiones induradas y pústulas entre los folículos pilosos. Con todo, una vez confirmado el diagnóstico se impone la terapéutica lo más rápido posible.

Hasta la actualidad, el único antimicótico aprobado para uso sistémico en niños es la griseofulvina, aunque otros antifúngicos como itaconazol, fluconazol y terbinafina, se muestran con resultados similares o, incluso, superiores.

Diversos microorganismos pueden ocasionar esta patología. Entre ellos se destacan hongos exclusivamente humanos, como el *Trichophyton tonsurans* y otros cuyo reservorio son los animales o el suelo, tales como *Microsporum canis* y *gypseum*. Un punto de inflexión en el tratamiento de esta dermatofitosis se alcanzó con la introducción al mercado farmacológico de la griseofulvina. Esta droga, de acción sistémica, es en general bien tolerada y eficaz. Posteriormente, se desarrollaron nuevos agentes terapéuticos de probada acción antimicótica tales como fluconazol, itraconazol y terbinafina, pero no han sido autorizados aún para ser administrados en infantes. La recomendación posológica es de 25 mg/kg/día durante 8 semanas. En los pacientes con prurito, suele asociarse agentes antihistamínicos, que tienden a causar mayor confort y a prevenir la diseminación de esporas por rascado. Simultáneamente, se deben tomar medidas tendientes a reducir el riesgo de transmisión a otras personas, y los champúes con selenio o yodo povidona se muestran eficaces en la prevención.

Los autores puntualizan que el diagnóstico de tiña capitis debe ser considerado en todo niño que presenta escamas dérmicas, áreas de pérdida de cabello o signos de inflamación del cuero cabelludo. Una vez que los infantes comienzan a ser tratados, no habría inconvenientes para que concurran a la escuela. Sin embargo, el tratamiento puede ser dificultoso porque, hasta hoy, solo la griseofulvina ha sido aprobada para administración en esta población.

EDUCACION ALIMENTARIA FRENTE A LA TENDENCIA DE CONSUMIR COMIDAS RAPIDAS

Es posible consumir comidas rápidas sin que por ello disminuya la calidad de lo ingerido

Houston, EE.UU. :

Los locales de comidas rápidas constituyen, en gran medida, las únicas posibilidades donde consumir fuera del hogar. Enseñar a comer con moderación, en vez de prohibir, es tarea de médicos generalistas.

Fuente científica:

[**Clinical Pediatrics** 44(4):279-288, May 2005] – aSNC

Autores

Demory-Luce D

Tener patrones de alimentación saludable se traduce en menores posibilidades de contraer diversas enfermedades crónicas, como obesidad, coronariopatía, hipertensión y diabetes tipo 2 entre otras.

Investigaciones recientes indicaron que esos patrones alimentarios son forjados en la infancia y tienden a dejar la impronta en los hábitos de alimentación de la adolescencia y la adultez. En la actualidad, desafortunadamente, los servicios que ofrecen comidas rápidas constituyen en gran medida, las únicas posibilidades donde consumir fuera del hogar.

Sobre esa base, la autora advierte que los médicos de atención primaria se encuentran en óptimas condiciones para guiar y aconsejar a niños y padres en cómo disminuir los efectos de este tipo de dieta en la salud.

En ese sentido, distingue claramente entre eliminación de la comida rápida de la dieta habitual y moderación en su consumo.

Las comidas rápidas son descritas, peyorativamente o con razón, como "comida chatarra" debido a que, la mayoría de este tipo de comidas tiene altas proporciones de grasa saturada, colesterol y sodio, mientras que proporcionan bajas cantidades de ácido fólico, calcio, vitaminas A y C y fibras. En ese sentido, constituyen un desafío a las necesidades de nutrientes óptimas para el desarrollo y el crecimiento. En qué medida las comidas rápidas influyen en el estado nutricional depende de diversos factores, pero en particular por la cantidad y la frecuencia con que se ingieren. Así, el médico generalista debería aconsejar en lo concerniente al tamaño de las porciones, como también, sobre los ingredientes con se acompañan, tales como tocino, pepinos, queso y, por supuesto, las papas fritas. Estos hechos cobran importancia, en la medida en que los niños tienden a consumir de más cuando ingieren rápido y distraídos con otras actividades como mirar televisión o leer.

Afortunadamente, la mayoría de los restaurantes de comidas rápidas ofrecen variedad de productos con menor contenido de grasas y azúcares.

Asimismo, proponen opciones cocinadas de manera más saludable, tal como el grillado, en vez del frito. Estas circunstancias permiten al médico generalista que establezca normas de una alimentación adecuada. De esta manera, sus consejos no se traducirán en prohibición, evento de difícil cumplimiento, sino en moderación en el consumo y elección de productos de mejor calidad. En otras palabras, debido a que los hábitos dietarios, incluida la preferencia y dependencia por las comidas rápidas se forman en la niñez, la promoción de hábitos saludables, por parte del médico generalista, se torna imprescindible.

ASPECTOS DEL DIAGNOSTICO DE INHALACION DE UN CUERPO EXTRAÑO

Análisis de los puntos que deben ser considerados

Birmingham, Reino Unido :

Frente a la sospecha de inhalación de un cuerpo extraño, las imágenes normales de una radiografía de tórax no permiten descartar el diagnóstico, por lo que deben compararse las imágenes en inspiración y en espiración y buscar la presencia de signos indirectos.

Fuente científica:

[**Archives of Disease in Childhood** 90(2):31-33, Ago 2005] – aSNC

Autores

Williams H

En los casos de inhalación de un cuerpo extraño, un alto índice de sospecha es esencial para su diagnóstico, ya que una radiografía de tórax normal no permite descartarlo; deben solicitarse radiografías tanto en inspiración como en espiración, y buscar la presencia de signos indirectos, como el atrapamiento aéreo.

En un niño, el diagnóstico de inhalación de un cuerpo extraño puede no llegar a realizarse si no es tenido en cuenta. Una vez que éste es sospechado, debe realizarse una radiografía de tórax, la cual puede proveer datos para el diagnóstico, pero su condición normal no permite descartarlo. Los cuerpos extraños radioopacos son fácilmente visualizados, con frecuencia en la gran vía aérea. Sin embargo, puede ser difícil identificar los signos radiográficos asociados a la inhalación de un cuerpo extraño no radioopaco, como comida o pequeños objetos plásticos. La presencia de un cuerpo extraño intraluminal en la tráquea o el bronquio usualmente determina cambios secundarios en el pulmón o lóbulo pulmonar asociado. Uno de los signos más importantes que deben buscarse es el enfisema obstructivo, o la insuflación del pulmón o del lóbulo distal al sitio de obstrucción. Un cuerpo extraño en la laringe o en la tráquea puede ser fatal si la obstrucción no es rápidamente despejada, y estos niños usualmente no requieren de la realización de imágenes para arribar al diagnóstico; más frecuentemente, los cuerpos extraños inhalados se instalan en un bronquio principal o lobar. Debe tenerse en cuenta que el material orgánico, como los maníes o las arvejas, pueden aumentar su tamaño en la vía aérea, y la respuesta inflamatoria frente a su presencia podría estrechar aún más la luz. Por eso, aún en los niños asintomáticos, existe un potencial riesgo que la obstrucción aumente si no se reconoce el antecedente de la aspiración. Otras complicaciones de la inhalación de cuerpos extraños son la neumonía, los abscesos pulmonares, el colapso pulmonar o lobar y la dilatación permanente de la vía aérea distal a la obstrucción. Como se mencionó, las imágenes de la radiografía de tórax pueden ser normales, por lo que es muy importante contar con un alto índice de sospecha. Cuando se considera la aspiración de un cuerpo extraño, deberían solicitarse radiografías torácicas en inspiración y en espiración. Las radiografías usuales son tomadas en inspiración profunda, y, en una situación normal, ambos pulmones se encuentran bien expandidos. En la espiración, los pulmones reducen su volumen y se tornan menos radiolúcidos. Si las vías no presentan obstrucción y no existe patología pulmonar, cada hemotórax presentará una radiolucidez uniforme en la inspiración y un relativo aumento de su densidad luego de la espiración. Un cuerpo extraño puede obstruir parcialmente la vía aérea al actuar como una válvula; permite que el aire ingrese a los pulmones, pero no que salga de éstos. Cuando esto ocurre, el aire es retenido o atrapado en el pulmón o lóbulo, y se produce un enfisema obstructivo.

La autora concluye que ciertos puntos son esenciales en el diagnóstico de inhalación de un cuerpo extraño, y deben ser tenidos en cuenta, ya que este cuadro puede producir una asfixia que amenace la vida del niño o un daño pulmonar permanente.

FARMACOS PROCINETICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO ESOFAGICO EN NIÑOS

Revisión bibliográfica de la farmacología, seguridad y eficacia de esas drogas

Norfolk, EE UU :

La bibliografía científica avala el uso de eritromicina como agente procinético, por lo que puede ser empleada para el tratamiento del reflujo esofágico en combinación con la terapia de supresión ácida; por el contrario, no está recomendada la metoclopramida.

Fuente científica:

[**Annals of Pharmacotherapy** 39(4):706-711, Abr, 2005] – aSNC

Autores

Chicella M, Batres LA, Estrés MS y Dice JE

El reflujo gastroesofágico tiene una incidencia del 18% en los niños y se produce con mayor frecuencia en pacientes con comorbilidad. Generalmente, esta condición no presenta complicaciones y se resuelve en forma espontánea a los 12- 15 meses de edad. Sin embargo, el reflujo se puede asociar con problemas respiratorios crónicos, trastornos en el crecimiento y síndrome de muerte súbita. Los supresores de la acidez gástrica han sido históricamente el tratamiento de elección y algunos autores recomiendan el empleo de agentes procinéticos junto con la supresión ácida. La eritromicina y metoclopramida son los agentes más empleados en los niños.

Este artículo es una revisión de la farmacología, seguridad y eficacia de la metoclopramida y eritromicina en niños mediante una búsqueda sistemática en la base de datos de MEDLINE. La metoclopramida es un antagonista de la dopamina que mejora la respuesta del tracto gastrointestinal superior a la acetilcolina, por lo que aumenta la motilidad y acelera el vaciado gástrico además de incrementar el tono del esfínter esofágico. En consecuencia, esta función doble la convertiría en teoría en la medicación ideal para el tratamiento del reflujo.

Pero los ensayos clínicos han demostrado que esta droga no es efectiva para mejorar los síntomas del reflujo esofágico.

La eritromicina es un antibiótico macrólido, que aumenta la motilidad gastrointestinal al actuar como agonista de la motilina, la cual es la hormona secretada durante el ayuno, que cumple un papel en la contracción del músculo liso. Numerosos estudios observacionales han demostrado que esta droga es segura y efectiva para mejorar la tolerancia a la alimentación en los niños. Los efectos adversos son poco comunes en los niños pero pueden ser graves, tal como trastornos gastrointestinales, hepatotoxicidad, ototoxicidad y anafilaxis.

Los datos de la bibliografía avalan el uso de eritromicina como agente procinético. Muchos niños con reflujo esofágico se controlan de manera adecuada con supresión ácida sola, sin embargo, si se requiere el uso de un fármaco procinético se debe considerar la combinación de eritromicina con terapia de supresión de ácido. Por otra parte, los estudios controlados prospectivos han demostrado, que la eritromicina a dosis bajas es segura, por lo que se podría emplear en prematuros y niños menores de 2 semanas. En cambio, no se debería emplear metoclopramida para el tratamiento del reflujo debido a la falta de ensayos clínicos que avalen su eficacia y seguridad.