



Resúmenes SIIC

HABITO DE FUMAR EN EL EMBARAZO Y BAJO PESO DE NACIMIENTO

EEUU

Entre las mujeres fumadoras, el bajo peso de nacimiento fue un 58% más probable que en las no fumadoras y el 60% % del efecto del tabaquismo sobre la incidencia de bajo peso de nacimiento en la población general se produjo en la categoría de fumadores leves. CC7224

Journal of Reproductive Medicine 49(1): 23-27, Ene 2004

Autores:

Magee BD, Hattis D y Kivel NM

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Massachusetts Medical School and Center for Technology, Environment and Development, George Perkins Marsh Institute, Clark University, Worcester and ActivBiotics, Inc, Lexington, Massachusetts, EEUU

Título original:

[Role of Smoking in Low Birth Weight]

Título en castellano:

Papel del hábito de fumar en el bajo peso de nacimiento

Introducción

Se sabe que el hábito de fumar es riesgoso para el embarazo, ya que se asocia con tasas elevadas de infertilidad, aborto, ruptura placentaria, retardo de crecimiento intrauterino y parto prematuro. Las causas de bajo peso de nacimiento (BPN) son múltiples. El hábito de fumar representa una conducta potencialmente modificable que podría disminuir la tasa de BPN. Sin embargo, a pesar de la reducción en la prevalencia e intensidad del tabaquismo a lo largo de los años, la incidencia de BPN se incrementó en un 11.8% en los últimos 20 años. En este estudio los autores analizaron el papel del hábito de fumar sobre el BPN.

Material y métodos

En este estudio de tipo observacional, se utilizó una gran base de datos de los certificados de nacimiento de todo el estado de Massachusetts de 1998. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios y revisión de historias clínicas justo después del nacimiento a fin de obtener información sobre la cantidad de cigarrillos fumados por día antes y durante el embarazo, raza materna, peso de nacimiento, edad gestacional y embarazos múltiples. Inicialmente se efectuó el análisis univariado, con los datos convertidos a variables binomiales, del hábito de fumar versus el BPN (peso < 2 500 gr) mediante el método de regresión logística para obtener el cociente de posibilidades (odds ratio, OR). Luego se examinó el efecto del tabaquismo en el embarazo sobre el peso de nacimiento por medio de la estratificación en grupos con riesgo aumentado de BPN: raza, embarazos múltiples y edad gestacional con un análisis de regresión logística similar. También se evaluó el efecto del hábito de fumar sobre el muy bajo peso de nacimiento (MBPN, peso < 1 500 gr). Asimismo, se analizó el efecto de la intensidad del hábito de fumar sobre el BPN mediante la categorización en 3 subgrupos: fumadores leves (< 11 cigarrillos por día), moderados (11-20 cigarrillos por día) y fuertes (> 20 cigarrillos por día). La variable

dependiente principal para este estudio fue la fracción etiológica (FE) que estima qué porcentaje de casos con BPN son atribuibles al hábito de fumar. Para su cálculo se toma en cuenta la prevalencia del tabaquismo en la población estudiada y el riesgo relativo (RR) de BPN o MBPN entre los fumadores versus los no fumadores. En los casos donde se generaron OR por los análisis de regresión logística, se efectuó la conversión a RR por una fórmula estandarizada. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC) para la FE.

Resultados

El número total de partos analizados fue 79 904. Reconoció fumar durante el embarazo el 11.7% de las 79 752 (99.8% de la población estudiada) que respondieron la pregunta. La incidencia global de BPN fue del 6.8%; en el subgrupo de mujeres fumadoras < B> la incidencia de BPN fue del 10.1%. El RR de BPN entre las fumadoras fue de 1.58. Cuando se examinaron el tabaquismo y el BPN como variables binomiales, para todos los nacimientos la FE del hábito de fumar sobre el BPN fue del 6.4% (IC 5.4-7.3). En el subgrupo de embarazos únicos fue del 10.9% (IC 9.6-12.1), 14% (IC 12.3-15.7) en los embarazos únicos de madres de raza blanca y 7.2% (IC 4.2-10.2) en aquellos de mujeres de raza negra. En los embarazos de término, la FE fue del 13.4% (IC 11.5-15.3) , 16.7% (IC 14.5-18.7) para los embarazos únicos de término (21.4% [IC 18.4-24.2] en las mujeres de raza blanca y 14.6% [IC 8.6-20.6] en aquellas de raza negra). Entre los recién nacidos de MBPN, el tabaquismo explicó el 1.7% (IC -0.5-3.8) de este resultado (5.8% [IC 2.8-9] en los embarazos únicos). Cuando se estratificó por el grado de fumador (ninguno, leve, moderado, fuerte), la tasa de BPN fue del 6.38% en los no fumadores, 9.5% (RR 1.48, IC 1.38-1.61) en los fumadores leves, 11.67% (RR 1.82, IC 1.63-2.05) en los moderados y 11.72% (RR 1.84, IC 1.33-2.54) en los fuertes. La FE para la población obstétrica general fue del 3.9% para los fumadores leves, 2.3% para los moderados y 0.3% para los fuertes, mientras que para los embarazos únicos fue de 10.6%, 5.05% y 0.84%, respectivamente. De modo que el 60% del efecto del tabaquismo sobre la incidencia de BPN en la población general se produjo en la categoría de fumadores leves. Para los neonatos de MBPN la FE fue del 1.7% para todos los niveles de tabaquismo; entre los embarazos únicos fue del 5.9%.

Discusión y conclusión

Según los autores, este estudio avala la conclusión de que el hábito de fumar es un factor de riesgo para BPN, aunque la FE del 6.4% es significativamente menor que la estimada en el pasado, con cifras de hasta un 36%. Otros factores tales como los embarazos múltiples parecen ganar prominencia en la etiología del BPN. Sin embargo, aunque pequeño, el papel del tabaquismo no debe ser subestimado. El riesgo relativo de BPN para las mujeres fumadoras en la población general fue casi un 60% mayor y entre las de raza blanca con embarazos únicos fue un 120% mayor. Las consecuencias del hábito de fumar no son lineales y las fumadoras leves explican el 60% del impacto. Estos hallazgos sugieren que a menos que se interrumpa el tabaquismo, hay un escaso beneficio en la reducción en el número de cigarrillos. Además, el efecto no lineal del hábito de fumar sobre el peso de nacimiento, con una meseta luego de los 5-10 cigarrillos por día es avalado por estudios que utilizaron marcadores bioquímicos para determinar el nivel de exposición al tabaco. Resaltan los investigadores que los resultados de este artículo son dependientes de la exactitud de la información provista por los certificados de nacimiento y por las participantes y por ende son sujeto de problemas de recolección. Por ende, el número de cigarrillos fumados por día pudo haber sido subestimado. A pesar de estas limitaciones, las conclusiones de este estudio son válidas ya que la magnitud del efecto del tabaquismo sobre la prevalencia de BPN en las mujeres fumadoras de la población general (aproximadamente 60%) concuerda con otros ensayos. En conclusión, la proporción de recién nacidos de bajo peso atribuibles al hábito de fumar fue del 6.4% en esta muestra. Entre las mujeres fumadoras, el BPN fue un 58% más probable que en las no fumadoras y el 60% % del efecto del tabaquismo sobre la incidencia de BPN en la población general se produjo en la categoría de fumadores leves.

Autoevaluación de Lectura

¿En qué subgrupo fue más alta la fracción etiológica (FE) del hábito de fumar sobre el bajo peso de nacimiento en una muestra de la población de Massachussets del año 1998?

- A. Embarazos únicos de madres de raza blanca.
- B. Embarazos únicos de madres de raza negra.
- C. Embarazos únicos de término en madres de raza blanca.
- D. Embarazos únicos de término en madres de raza negra.

[Respuesta Correcta](#)

SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

Odense, Dinamarca

Las personas con labio leporino y fisura palatina tienen un riesgo aumentado de mortalidad en la infancia y en la adultez, atribuible a las principales causas de muerte.

BMJ 328(7453): 1405, Jun 2004

Autores:

Christensen K, Juel K, Herskind AM, Murray JC

Institución/es participante/s en la investigación:

Center for the Prevention of Congenital Malformations, Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Odense; National Institute of Public Health, Copenhagen; Odense University Hospital, Department of Pediatric, Odense, Dinamarca

Título original:

[Long Term Follow Up Study of Survival Associated with Cleft Lip and Palate at Birth]

Título en castellano:

Estudio de Seguimiento a Largo Plazo de la Supervivencia Asociada con la Presencia de Labio Leporino y Fisura Palatina en el Nacimiento

Introducción

Se presume que los niños con anomalías congénitas reparables, como labio leporino y fisura palatina, tienen salud y supervivencia normales en la adultez. Sin embargo, algunas evidencias indican una incidencia incrementada de cáncer temprano en los niños con malformaciones congénitas como labio leporino y fisura palatina, aunque se desconoce si esta susceptibilidad continúa en la vida adulta. También se observó que los padres de los niños con estas características presentaron riesgo aumentado de cáncer, lo que sugiere posibles factores genéticos. Los estudios poblacionales en Escandinavia encontraron un riesgo mayor de enfermedades psiquiátricas y problemas conductuales en adultos con labio leporino y fisura palatina que se relacionaron con incremento en la morbilidad. Los autores evaluaron el pronóstico a largo plazo asociado con labio leporino y fisura palatina, especialmente la mortalidad global y la mortalidad específica por causa.

Material y métodos

Se analizaron los datos de los registros de Dinamarca a fin de detectar a las personas con labio leporino y fisura palatina nacidas entre 1943 y 1987. En total se identificaron 6 627 individuos, 6 394 (96%) casos se detectaron mediante el sistema del registro civil danés y el registro de causas

de muerte del mismo país. Se excluyeron 1 063 (17%) personas por presentar anomalías asociadas, por lo cual en el análisis se incluyeron 5 331 personas. El 82% de los casos de labio leporino y fisura palatina fueron descritos por un jefe de cirujanos. El sistema de registro civil danés contiene datos de todas las personas residentes en Dinamarca desde abril de 1968 y brinda información acerca de si los individuos están vivos o muertos o si emigraron y las fechas de muerte o emigración. El registro danés de mortalidad contiene información sobre todas las muertes y causas de muerte de los residentes en Dinamarca entre 1943 a 1998. Las principales variables de resultados fueron el número de muertes esperadas y observadas, que se analizaron como índices de mortalidad estandarizados global y específicos por causa, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC). El número esperado de muertes se calculó mediante la multiplicación de las personas/año observadas con la mortalidad estratificada por sexo, grupos etarios y períodos calendarios de 5 años.

Resultados

Se siguieron 5 331 individuos con labio leporino y fisura palatina por 170 421 personas/años. El número esperado de muertes fue 259, pero se produjeron 402: índice de mortalidad estandarizado 1.4% (IC 1.3-1.6) para los hombres y 1.8 (IC 1.5-2.1) para las mujeres. El aumento en el riesgo fue casi constante para los tres intervalos de seguimiento: primer año de vida, 1-17 años y 18-55 años. Los participantes tuvieron un riesgo incrementado para todas las causas principales de muerte. Las muertes por cáncer (36 observadas *versus* 28 esperadas) y por eventos cardiovasculares (15 observadas *versus* 13 esperadas) se incrementaron sólo marginalmente en las personas con labio leporino y fisura palatina. Sin embargo, el riesgo de suicidio estuvo aumentado significativamente y en igual magnitud en ambos sexos (índice de mortalidad estandarizado 1.6). No se encontró un incremento en el riesgo de muertes debidas a accidentes, que algunas veces representan suicidios enmascarados. Aproximadamente la mitad de las muertes globales se atribuyeron a otras causas, categoría que incluyó en su mayoría al labio leporino y a la fisura palatina como causas de muerte, principalmente en el primer año de vida. Debido a que estas malformaciones no son mortales *per se*, se rastrearon 79 certificados de defunción a fin de obtener información sobre la causa inmediata de muerte; en el 39% de los casos la causa fue prematuridad, en el 28% neumonía y bronconeumonía, en el 10% complicaciones posoperatorias y en los casos restantes asfixia, aspiración, sepsis o causa desconocida. Entre las otras causas de mortalidad se incluyeron las enfermedades respiratorias, infecciosas y del sistema nervioso central; todas éstas excepto las enfermedades del sistema nervioso central evidenciaron un incremento moderado pero no significativo en los índices de mortalidad estandarizados (1.2-1.6). En cambio, en las mujeres hubo un aumento significativo en el riesgo de mortalidad debida a patologías del sistema nervioso central (9 muertes observadas *versus* 2.6 esperadas); de los 9 casos, 6 se debieron a epilepsia (índice de mortalidad estandarizado 8.3). Cuando se estratificó para el análisis el tipo de anomalía (labio leporino solo, labio leporino y fisura palatina, fisura palatina sola), el grupo de labio leporino solo tuvo un riesgo levemente incrementado de mortalidad, aunque no significativo; mientras que los grupos de labio leporino y fisura palatina y fisura palatina sola evidenciaron un riesgo aumentado de mortalidad en forma significativa.

Discusión

Comentan los autores que los niños nacidos con labio leporino y fisura palatina, pero sin otras malformaciones conocidas, parecen tener un riesgo incrementado de mortalidad, no sólo durante el primer año de vida sino a lo largo de la infancia y la adultez. Una posible explicación podría ser la inclusión de personas con otras malformaciones leves asociadas con labio leporino y fisura palatina, aunque es poco probable dado que más del 80% de los casos fueron descritos por un cirujano experto en el tema. Los adultos con labio leporino y fisura palatina tienen una incidencia aumentada de anomalías estructurales cerebrales como diferencias en el tamaño del cerebro y del cerebelo que se vinculan con deterioro cognitivo leve. Tales malformaciones, probablemente pasadas por alto en los exámenes de rutina, pueden predisponer a convulsiones, las cuales constituyeron una causa de aumento en la mortalidad en este estudio. Estas anomalías de la línea media están más comúnmente asociadas con fisura palatina que con labio leporino, datos compatibles con el mayor riesgo de mortalidad temprana en pacientes con fisura palatina observado en este ensayo. Con respecto al aumento en el riesgo de suicidio en ambos sexos, si bien la causa del suicidio es compleja, el reconocimiento temprano de los potenciales factores de riesgo, brinda oportunidades para el tratamiento y prevención en las personas con defectos de nacimiento. El incremento en el riesgo asociado con todas las principales causas de muerte sugiere

que el exceso de mortalidad es complejo y multifactorial. A diferencia de estudios anteriores que sugirieron un aumento en el riesgo de cáncer, como leucemia, en niños con labio leporino y fisura palatina y en sus padres, los hallazgos de este ensayo no avalan estas observaciones. En conclusión, las personas con labio leporino y fisura palatina tienen un riesgo aumentado de mortalidad en la infancia y hasta los 55 años, atribuible a las principales causas de muerte; no hubo incremento en el riesgo de mortalidad por cáncer. A medida que aumenta la supervivencia de los niños con labio leporino y fisura palatina y también otras malformaciones congénitas es importante entender el curso clínico de estos trastornos a fin de brindar medidas específicas de prevención y anticiparse a las causas tratables de morbimortalidad.

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo fue el número de muertes observadas con respecto a las esperadas en una cohorte de personas con labio leporino y fisura palatina seguidas desde el nacimiento hasta los 55 años en Dinamarca?

- A. Similar.
- B. Mayor, significativo.
- C. Mayor, no significativo.
- D. Menor, no significativo.

[Respuesta Correcta](#)

ESTUDIAN LA EVOLUCION A LARGO PLAZO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Adelaida, Australia

A pesar de la mejoría en la supervivencia a largo plazo, el índice de mortalidad en niños que requieren tratamiento de reemplazo por patología renal terminal sigue siendo sustancialmente alto.

New England Journal of Medicine 350(26):2654-2662, Jun 2004

Autores:

McDonald SP y Craig JC

Institución/es participante/s en la investigación:

Australia and New Zealand Dialysis and Transplant (ANZDATA) Registry, Queen Elizabeth Hospital, Adelaida, Australia

Título original:

[Long-Term Survival of Children with End-Stage Renal Disease]

Título en castellano:

Supervivencia a Largo Plazo en Niños con Enfermedad Renal Terminal

La enfermedad renal terminal (ERT) es una entidad rara pero importante desde el punto de vista médico, familiar y de salud pública. Se produce en 5 a 10 niños por millón cada año. Es una enfermedad crónica y aun cuando existe la posibilidad de trasplante, no ofrece una curación de por vida. Los estudios de calidad de vida mostraron que la ausencia funcional de un riñón propio es

una situación extremadamente compleja para el niño y su familia. Hace 40 años, la mayoría de los pacientes pediátricos con ERT moría. En la actualidad casi todos tienen la posibilidad de iniciar el tratamiento dialítico o de ser sometidos a trasplante pero cualquiera de estas instancias involucra la aplicación de múltiples terapias. La supervivencia a largo plazo de niños con ERT es incierta y no se dispone de información precisa para dar a la familia, a los médicos y a las autoridades sanitarias. Los estudios disponibles son por lo general a corto plazo y reflejan la experiencia de centros únicos que abarcan poblaciones de enfermos en diálisis, sometidos a trasplante o de edades específicas. El *Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry* (ANZDATA) recoge información prospectiva desde 1963 en pacientes que iniciaron tratamiento de reemplazo funcional renal con diálisis o trasplante. El trabajo actual refleja la información que surge de dicho registro.

Métodos

Se analiza la información de todos los pacientes de menos de 20 años incluidos en el registro, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica. El sistema recopila datos acerca de la causa de la ERT, características demográficas, enfermedades asociadas y detalles del tratamiento dialítico y del trasplante renal. Los enfermos fueron seguidos hasta su fallecimiento o hasta el 31 de marzo de 2002. Se excluyeron pacientes que recuperaron su función renal en forma permanente.

Resultados

Entre 1963 y 2002 un total de 1 634 niños y adolescentes de menos de 20 años comenzaron el tratamiento de reemplazo renal (TRR); el 56% era de sexo masculino. El seguimiento disponible fue de 18 392 personas/año: 4 072 durante la hemodiálisis; 1 633 personas/año de diálisis peritoneal y 12 686 personas/año con un riñón trasplantado funcional. El tiempo promedio de seguimiento fue 9.7 años. El número de niños de más de 5 años en el momento de inicio del TRR fue constante desde mediados de la década del '80 mientras que el número de pacientes de menos de 5 años se incrementó. Los problemas congénitos predominaron en los enfermos de menos de 5 años mientras que la nefropatía por reflujo y la glomerulonefritis fueron más frecuentes en los niños de más edad. El 26% de los pacientes de menos de 5 años en el momento de inicio del TRR tenían hipoplasia renal y displasia en comparación con el 5% de aquellos de 10 a 19 años al comienzo del TRR. En pacientes de menos de 5 años sólo el 11% tenía glomerulonefritis y el 3% presentaba nefropatía por reflujo. En cambio, el 44% de los enfermos de 10 a 19 años presentaban glomerulonefritis y el 25% tenían nefropatía por reflujo. El 86% recibió uno o más trasplantes de riñón. En conjunto, el tiempo promedio de espera fue de 137 días en los que recibieron un riñón de donante vivo y de 402 días en los que fueron sometidos a trasplante de órgano cadavérico. La proporción de aloinjertos de donadores vivos aumentó con el paso del tiempo (desde 5% a 21%, 35% y 64% en niños que comenzaron con el TRR en las décadas de 1963-1972; 1973-1982; 1983-1992 y 1993-2002, respectivamente). El porcentaje de niños que recibieron trasplante de riñón como TRR se mantuvo estable a lo largo del tiempo. Los niños de más edad tendieron a ser tratados con diálisis más que con trasplante. La duración promedio de la hemodiálisis, diálisis peritoneal y riñón trasplantado funcional fue de 1.7, 1.1 y 7.4 años, respectivamente. Durante el período de estudio se produjeron 436 fallecimientos: 142 en pacientes con un riñón trasplantado funcional; 97 en enfermos sometidos a diálisis peritoneal y 197 en plan de hemodiálisis. La patología cardiovascular fue la causa más común de muerte (45%) seguida por infección (21%). En el primer caso, las entidades más frecuentes fueron paro cardíaco de causa incierta, accidente cerebrovascular, isquemia de miocardio, edema de pulmón e hiperpotasemia. El motivo del fallecimiento varió según el TRR: las causas cardiovasculares contribuyeron con el 57% de las muertes en los niños hemodializados, con el 43% de los fallecimientos en los pacientes en diálisis peritoneal y con sólo el 30% en niños que murieron luego de ser sometidos a trasplante. En cambio, la patología maligna fue responsable del 14% de las muertes de los enfermos que fallecieron con un trasplante renal funcional pero de sólo el 1% de los fallecimientos de niños en hemodiálisis y del 2% en enfermos en diálisis peritoneal. La muerte por enfermedad maligna habitualmente se produjo en forma tardía: representó solamente el 1% de los fallecimientos en los primeros 4 años luego del inicio del TRR; el 2% en los 5 a 9 años posteriores pero el 13% de las muertes que ocurrieron entre los 10 y 14 años y el 17% de los fallecimientos que se produjeron 15 años o más luego del inicio del TRR. La proporción de muertes atribuible a infección declinó a lo largo del tiempo, desde un 39% entre 1963 y 1972 a un 16% entre 1993 y 2002. A través de los grupos etarios, la muerte cardiovascular contribuyó con el 20% de los fallecimientos en niños de menos de 1 año en el momento de inicio del TRR, con el 24% de

las muertes de los pacientes de 1 a 4 años al comienzo pero con el 47%, el 44% y el 48% de los enfermos de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años de edad, respectivamente, en el momento en que se comenzó el TRR. El índice esperado de supervivencia es superior al 97% en todos los grupos de edad pero para esta cohorte con ERT la mortalidad excede ampliamente la de la población general. El pronóstico parece especialmente desfavorable en los primeros 5 años de iniciado el TRR. Luego de una mejoría sustancial en todos los grupos de edad en los años 1963 a 1973 y 1973 a 1983, ocurrieron pocos cambios. El índice de supervivencia varía según el tratamiento, con una mortalidad global del 4.8, 5.9 y 1.1 por 100 pacientes /año en asociación con la hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante, respectivamente. El modelo de variables múltiples sugiere que cuanto menor la edad de inicio del TRR, recibir diálisis (en vez del trasplante) y el inicio del TRR antes de 1983 fue con factores asociados con mayor riesgo de muerte. El índice de supervivencia a largo plazo fue del 79% a los 10 años y del 66% a los 20 años. El índice de mortalidad fue 30 veces mayor en comparación con los niños sin ERT.

Discusión

La edad (los niños de menos de 1 año tienen un riesgo casi cuatro veces más alto que los pacientes de 15 a 19 años) y la diálisis (*versus* el trasplante de riñón) son dos factores que se asocian con más riesgo de muerte en asociación con el TRR en pacientes con ERT. A pesar de ello, los datos indican una mejoría sustancial en la supervivencia a largo plazo de los niños y adolescentes con ERT, en el transcurso de los últimos 40 años. La supervivencia a los 10 años permanece en alrededor del 80% y la mortalidad específica por edad es alrededor de un 30% más alta en comparación con niños sin ERT. Estos índices de mortalidad son similares a los observados en los Estados Unidos en el período de 1990 a 1996 pero son ligeramente superiores a los que se registraron en Holanda en una cohorte algo inferior y que no incluyó adolescentes. En este estudio, la distribución por enfermedad renal primaria y los índices de mortalidad entre los enfermos en diálisis son semejantes a los de publicaciones recientes, por ejemplo del *North American Pediatric Renal Transplant Collaborative Study* (NAPRTCS). Las causas de muerte reflejan el exceso de riesgo de enfermedad cardíaca y vascular y la elevada prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda y dislipemia en niños sometidos a terapia de reemplazo. La tendencia hacia una mejor supervivencia en este estudio también se registró desde 1997 entre pacientes en el registro NAPRTCS sometidos a trasplante renal. La publicación de 2003 de este registro comunicó un índice de supervivencia de 36 meses con 96.6% de supervivencia en receptores de riñones de donantes vivos y 94.8% en los que recibieron órganos cadavéricos, cifras similares al 1.1% de mortalidad anual que se registró en la investigación anual en los pacientes sometidos a trasplante renal. El año en el que se inicia el tratamiento de reemplazo, la edad de los enfermos en ese momento y el tipo de diálisis son factores determinantes en el riesgo de muerte. Se estima que cuanto mayor es el niño en el momento en el que requiere el inicio del tratamiento de sustitución renal, mayores las posibilidades de supervivencia a largo plazo. Es posible que el mejor pronóstico en este caso obedezca a la naturaleza menos agresiva de la patología de base, al hecho de que las enfermedades coexistentes son más comunes en infantes y niños pequeños y a las mayores dificultades del tratamiento de reemplazo en pacientes de menos edad. Un hallazgo importante es que la diálisis parece asociarse con un riesgo de muerte 4 veces más alto en comparación con el trasplante. En este último caso, la mejoría en la supervivencia parece sustancial y sostenida. En este estudio no se observó que un tiempo más largo de diálisis se asocia con un efecto deletéreo sobre la supervivencia luego del trasplante, aunque todavía se requiere mayor estudio para confirmar este hecho ya que es posible que los niños que esperan más tiempo un riñón estén expuestos a un mayor período de deterioro. En conclusión, los resultados parecen indicar que puede esperarse una larga supervivencia en la mayoría de los niños y adolescentes con ERT que son sometidos a diálisis o a trasplante renal. Esta última opción, sin embargo, es la más alentadora a largo plazo y el trasplante precoz evitaría la exposición al mayor riesgo que se asocia con la terapia dialítica prolongada. Aun así, los índices de mortalidad asociados con el trasplante son muy superiores a los de la población pediátrica sin ERT. El objetivo pendiente es reducir la incidencia de complicaciones cardiovasculares y de patología maligna, que representan las principales causas de muerte a largo plazo en niños y adolescentes con ERT, concluyen los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué factores se asocian con riesgo de muerte en pacientes pediátricos con enfermedad renal terminal (ERT) que inician el tratamiento de reemplazo renal (TRR)?

- A. Menor edad en el momento del inicio del TRR.
- B. Tratamiento con diálisis.
- C. Ninguno de estos factores.
- D. Ambos factores.

[Respuesta Correcta](#)

● AUMENTA EL EMPLEO DE PSICOTROPICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Victoria, Australia

En niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos aumenta el empleo de la farmacoterapia combinada a pesar de la falta de respaldo científico.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 38:204-211, 2004

Autores:

Reed E, Vance A, Luk E y Nunn K

Institución/es participante/s en la investigación:

Alfred Child and Adolescent Mental Health Service, Victoria; Department of Psychological Medicine, Monash University; Nexus Unit, John Hunter Hospital, New Lambton, Australia

Título original:

[Single and Combined Psychotropic Medication Use in a Child and Adolescent Mental Health Service]

Título en castellano:

Empleo de Psicotrópicos Solos y Combinados en un Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes

Introducción

El empleo de fármacos en la población psiquiátrica infantil y adolescente aumentó notablemente en los últimos años, sin hallazgos científicos que lo respalden. Un grupo informó que el 80% de estos agentes se utilizan por motivos que no figuran en el prospecto y que existe gran desigualdad entre el nivel de prescripción de psicotrópicos no estimulantes y el conocimiento empírico respecto de su empleo. Los niños y adolescentes son más sensibles a los efectos adversos de estos agentes debido a la farma coccinética y farmacodinamia de las drogas en esta población. Los expertos destacan que es escasa la información respecto del empleo de estos fármacos en los diferentes servicios, así como en los fundamentos de su utilización y los resultados. La identificación de diferencias y sus motivos permitirá la creación de pautas más uniformes para su utilización. Con este objetivo, los autores describieron el empleo de estas drogas en un servicio de salud mental dirigido a niños y adolescentes (SSMNA). El análisis comprende la prevalencia y tipos de agentes utilizados en un SSMNA regional, los síntomas, síndromes y diagnósticos para los que son seleccionados y la profesión del que los receta. Los autores también investigaron los fundamentos para la elección de la terapia combinada y la percepción de su eficacia por parte de los profesionales.

Métodos

La población comprendió sujetos de 3 a 18 años con trastornos psiquiátricos, residentes en el área

del SSMNA participante. Los diagnósticos de las patologías fueron confirmados por el psiquiatra o pediatra tratante y las dosis de los agentes fueron reguladas para alcanzar una disminución acordada de la sintomatología más importante. Todos los tratamientos se efectuaron de acuerdo con procedimientos aceptados. Las medidas consignadas incluyeron edad, sexo, diagnóstico, enfermedades asociadas, psicofarmacológicos recetados y especialidad del profesional tratante. Los investigadores revisaron las historias clínicas de todos los casos registrados en 1999 y documentaron los datos relevantes que incluyeron el empleo de psicotrópicos. Esta información permitió calcular la cantidad y porcentaje asociado de pacientes bajo tratamiento con estos agentes en los diferentes grupos diagnósticos y la de sujetos tratados por las distintas clases de profesionales. Por otra parte, una entrevista semiestructurada incluyó preguntas sobre los fundamentos para utilizar psicofármacos, los resultados y los efectos adversos. El Índice de Eficacia y Mejoría Global de la Escala de Impresiones Clínicas Globales (CGI), constituyó uno de los puntos de la entrevista. La mejoría global permite conocer los efectos de los psicotrópicos y de los factores psicosociales relevantes en el estado clínico del paciente. Por otra parte, el índice de eficacia establece si los efectos adversos superan el efecto terapéutico de los agentes. Los índices de eficacia fueron calculados para cada fármaco utilizado en combinaciones y luego para cada combinación. Los autores contaron con una lista de profesionales que indicaron terapia combinada, quienes fueron entrevistados.

Resultados

El servicio trató 734 pacientes durante 1999, de los cuales 235 (32%) se encontraban bajo terapia farmacológica (70% con una droga y el resto con tratamiento combinado). El 70% de los sujetos tratados con psicofármacos eran varones. Las razones más frecuentes para recetar fármacos comprendieron el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno depresivo mayor. Por otra parte, el psiquiatra del servicio fue el profesional que indicó la farmacoterapia con mayor frecuencia, mientras que los pediatras privados fueron responsables del 25% de los tratamientos con una droga y de un tercio de las terapias combinadas. En otro orden, 67 de los 69 profesionales entrevistados refirieron que indicaron el tratamiento combinado de forma secuencial después de la respuesta inadecuada con un agente. Los motivos de esta conducta incluyeron el antagonismo de los efectos adversos del tratamiento inicial, la terapia de la patología asociada y el fracaso terapéutico de la elección inicial. Todos los profesionales dejaron en claro su preferencia por la monoterapia, dosis bajas para evitar los efectos adversos, empleo por un período lo suficientemente extenso como para determinar su eficacia y revisiones frecuentes. Los estimulantes fueron utilizados con mayor frecuencia en regímenes combinados para el tratamiento de los síntomas del TDAH, mientras que la clonidina fue empleada con mayor frecuencia para el insomnio inicial asociado con los estimulantes, junto con hiperactividad motora, impulsividad y agresión en esta población de pacientes. La risperidona se empleó en combinación con estimulantes y clonidina para el tratamiento de la agresión y para disminuir la frecuencia e intensidad de labilidad en el estado de ánimo en los pacientes con TDAH y para el tratamiento de trastornos psicóticos. La tasa de enfermedades asociadas en los sujetos tratados con regímenes combinados ascendió a 83%. En el 77% de los casos la mejoría fue importante, mientras que el 10% no experimentó cambios o empeoró levemente. La sedación y el insomnio fueron los principales efectos adversos asociados con la monoterapia, mientras que no se describieron nuevas reacciones colaterales con la terapia combinada. Finalmente, los beneficios terapéuticos superaron a los efectos adversos asociados con las terapias combinadas.

Conclusión

La tasa de empleo de psicofármacos en niños y adolescentes comprobada en esta revisión coincide con la de experiencias anteriores e ilustra la importancia de la farmacoterapia como modalidad terapéutica. El empleo creciente de estos agentes podría estar asociado con el mayor reconocimiento de las bases biológicas de diversos trastornos, los perfiles de seguridad más favorables y las expectativas familiares y del sistema educativo. Sin embargo, los autores destacan la necesidad de contar con más información para profundizar en los fundamentos de las indicaciones terapéuticas. Por lo tanto, se requieren investigaciones en las poblaciones que no responden al tratamiento psicológico y a la monoterapia para determinar cuáles síntomas, conductas y marcadores neuropsicológicos y neurobiológicos responden a determinados regímenes combinados.

Autoevaluación de Lectura

¿En cuál trastorno psiquiátrico de niños y adolescentes se utiliza con mayor frecuencia terapia farmacológica combinada?

- A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.**
- B. Fobia social.**
- C. Trastorno obsesivo compulsivo.**
- D. Enuresis.**

[Respuesta Correcta](#)

Trabajos Distinguidos, Pediatría , integra el Programa SIIC de Educación Médica Continuada