
Resúmenes SIIC

● ATENCION INTEGRAL PARA MADRES DE NIÑOS CON DIARREA E INFECCION RESPIRATORIA

Zacatecas, México

La atención en el hogar de los niños con infección respiratoria aguda y diarrea aguda fue satisfactoria después de una consulta realizada con personal que practica la atención integrada a menores de 5 años.

Archivos de Investigación Pediátrica de México 8(1):12-18, Ene 2005

Autores:

Verver H y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Hospital General de Zacatecas, Servicios de Salud de Zacatecas,

Título original:

Cuidados en el Hogar a Niños con Diarrea, Infección Respiratoria Aguda después de una Atención Integrada

Título en castellano:

Cuidados en el Hogar a Niños con Diarrea, Infección Respiratoria Aguda después de una Atención Integrada

Introducción

A mediados de la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aproximadamente el 70% de las muertes en los niños menores de 5 años que se producen anualmente en los países en vías de desarrollo corresponden a 5 afecciones, de las cuales las diarreas agudas (DA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen las 2 causas principales de mortalidad, dado que ocasionan una de cada 3 muertes en este grupo de edad. En México, la mayoría de las muertes secundarias a DA e IRA en los niños menores de 5 años se producen en el hogar, debido a consultas tardías a los centros asistenciales o a la desestimación de la gravedad del cuadro por el personal de la salud. La provisión de los cuidados adecuados en el hogar y la decisión oportuna para solicitar atención médica se relacionan con los conocimientos, las actitudes y las prácticas del responsable del cuidado del niño. Para poder brindar un cuidado correcto de los pacientes pediátricos con DA o IRA en el hogar es esencial que los servicios de salud proporcionen asesoramiento en cuanto a la prevención y a la educación de los padres en la consulta, para asegurar que reciban toda la información necesaria. La OMS considera un cuidado correcto del niño con DA o IRA en el hogar cuando se logran 4 aspectos fundamentales: 1) la identificación oportuna de los signos de alarma o la posible gravedad de la DA o la IRA; 2) la aplicación en el hogar de las medidas pertinentes para evitar o disminuir el riesgo de que el paciente agrave o produzca complicaciones; 3) la solicitud de atención médica oportuna ante la presencia de 1 o más signos de alarma de DA o IRA y 4) evitar que un niño enferme de DA o IRA. La estrategia de atención de los servicios de salud, denominada atención integrada (AI), proporciona la información necesaria a los responsables del cuidado de los niños y los jefes de familia para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la atención en el hogar de los pacientes pediátricos con DA o IRA. El objetivo de este estudio consistió en evaluar si el programa de educación brindado como parte de la AI en los servicios de salud mejoró los conocimientos y las prácticas erróneas vinculados con el cuidado de los niños con DA o IRA en el hogar.

Materiales y métodos

En un centro de salud urbano de Zacatecas, México, se realizó un ensayo longitudinal, cuasi experimental y comparativo durante el año 2000. El grupo de estudio consistió en 35 madres de niños menores de 5 años (20 pacientes con IRA y 15 con DA) que consultaron por primera vez al centro de salud. Como grupo control se incluyó a las madres de niños de la misma edad que vivían a la derecha de la casa del niño del grupo de estudio, cuyos hijos habían presentado IRA o DA en las últimas 2 semanas (11 madres de niños con IRA y 12 de pacientes con DA). La intervención consistió en la aplicación de AI por médicos capacitados, con énfasis en la formación de las madres. Las madres de los niños del grupo de estudio se entrevistaron antes de la AI y a los 6 y 12 meses después, a fin de conocer cómo atendieron a sus hijos durante la enfermedad; el grupo control se entrevistó en una sola ocasión. Después de la encuesta inicial, a ambos grupos se los capacitó e invitó a acudir al centro de salud para la atención de los niños. El cuestionario se basó en el formato de las autopsias verbales del sector de salud de México que investiga sobre la identificación de los signos de alarma, el cuidado correcto en el hogar, la demanda de atención médica y se acompaña de una cédula de registro de datos generales. Para el cuestionario se recogió el testimonio de las madres (grabación y transcripción textual) y se efectuó el análisis posterior. El puntaje máximo total es de 16 puntos que corresponden a la suma de los ítems acerca de cuidados en el hogar, identificación de los signos de alarma, demanda oportuna de la atención médica y prevención. En una prueba piloto se validó la encuesta aplicada y se efectuaron las modificaciones producto del análisis de los resultados iniciales.

Se aplicaron estadísticas descriptivas, prueba de fiabilidad, análisis comparativo de medianas al inicio entre el grupo de estudio y el grupo control, de antes y después en el grupo de estudio y al final entre la última visita del grupo de estudio y el grupo control y pruebas de asociación para determinar el factor más determinante del buen cuidado en el hogar.

Resultados

Las características de las madres entre el grupo de estudio y el grupo control no mostraron diferencias significativas según la prueba de la U de Mann Whitney. Ninguno de los niños requirió internación y no se presentó la necesidad de excluir a las madres del ensayo. Los puntajes obtenidos antes de la capacitación en AI en el grupo de estudio y los correspondientes al grupo control no mostraron diferencias significativas y fueron poco satisfactorios en ambos grupos (prueba de la U de Mann Whitney).

Se observó una mejoría sustancial en los cuidados en el hogar de los niños con DA e IRA después de la implementación de la AI, lo cual se demostró en la encuesta realizada a los 6 meses después de la intervención (diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación inicial y a los 6 meses, $p < 0.0001$ con la prueba de Wilcoxon), con mantenimiento de estos resultados hasta la tercera encuesta realizada al año de la primera visita (ausencia de diferencias estadísticas con la prueba de Wilcoxon en tres de las evaluaciones a los 6 y 12 meses). Cuando se compararon todos los períodos con la encuesta inicial se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$ con la prueba de Friedman). El grupo de estudio mostró un beneficio superior con la intervención en los niños con IRA en comparación con aquellos con DA entre la entrevista inicial y a los 6 meses, con mantenimiento de los resultados hasta la tercera entrevista efectuada al año de la intervención. Las madres tenían más conocimientos previos sobre DA que sobre IRA. Los mayores beneficios en el grupo de niños con DA fueron en la demanda oportuna de atención médica y en la prevención de la enfermedad, ya que desde la primera entrevista obtuvieron puntajes satisfactorios en la identificación de los signos de alarma y en los cuidados brindados en el hogar. En el grupo de pacientes con IRA, todos los aspectos evaluados mejoraron pero con beneficios significativos en los cuidados en el hogar y en la demanda de atención médica oportuna.

Discusión y conclusión

Según los autores, las madres del grupo de estudio representan a la población, dada su similitud con aquellas mujeres del grupo control, como se demostró en la evaluación inicial. En la primera consulta se manifestó que la atención en el hogar no fue satisfactoria en ambos grupos, dado que no se encontraron diferencias significativas. Los 2 grupos en estudio no disponen de información y prácticas adecuadas para una correcta atención en el hogar, a pesar de que en México existen estrategias de capacitación en los centros de salud y en los medios de difusión masiva. La capacitación individual realizada por médicos entrenados en cada consulta basada en AI mostró, en este ensayo, una mejoría significativa en los cuidados en el hogar de los niños con IRA y DA,

demostrada en la encuesta realizada a los 6 meses de la intervención, con mantenimiento de los resultados al año de la primera visita. Al comparar la consulta inicial con la segunda (6 meses después de la intervención) se observaron beneficios significativos después de la intervención, sin cambios sustanciales entre la segunda y la tercera visitas. Las intervenciones educativas en salud en relación con el cuidado de los pacientes pediátricos con IRA y DA están diseñadas como capacitaciones individuales y grupales que se sirven del contacto con los servicios de salud. En este estudio se aprovechó la presencia de la enfermedad para realizar la intervención educativa. El análisis de los resultados por enfermedad demostró que, en el caso de DA, las madres ya tenían conocimientos satisfactorios para identificar los signos de alarma y los cuidados en el hogar, por lo cual la intervención resultó más beneficiosa en la prevención de la enfermedad y la demanda oportuna de atención. En el caso de IRA, todos los aspectos mejoraron pero los beneficios fueron superiores en los cuidados en el hogar y en la demanda de atención médica oportuna. En conclusión, la atención en el hogar de los niños con IRA y DA fue satisfactoria después de una consulta realizada por personal que practica AI al menor de 5 años. Los beneficios más importantes fueron posteriores a la consulta, con resultados observables a los 6 meses y sostenimiento hasta el año de la intervención. La propuesta realizada por los autores consiste en que se otorgue AI en cada consulta a los responsables de todos los niños menores de 5 años.

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo fueron los resultados obtenidos en los cuidados en el hogar de los niños menores de 5 años con diarrea aguda o infección respiratoria aguda después de la aplicación de la estrategia de atención integrada para las madres con respecto a la entrevista inicial?

- A. Similares.
- B. Mejoría, no significativa.
- C. Mejoría, significativa.
- D. Empeoramiento, no significativo.

Respuesta Correcta

● ACTUALIZAN FISIOPATOLOGIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA RESTRICTIVA

Tel Aviv, Israel

Estudio de los cambios en el nivel circulante de neuroesteroides en los pacientes con anorexia nerviosa una vez recuperado el peso en comparación con la etapa de disminución ponderal aguda de la enfermedad. Relación entre dichas modificaciones y los cambios psicopatológicos.

European Neuropsychopharmacology 15(6):647-653, Dic 2005

Autores:

Stein D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Pediatric Psychosomatic Department, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Título original:

Circulatory Neurosteroid Levels in Underweight Female Adolescent Anorexia Nervosa Inpatients and Following Weight Restoration

Título en castellano:

Niveles Circulantes de Neuroesteroides en Adolescentes Hospitalizadas con Anorexia Nerviosa y Bajo Peso Antes y Después de la Recuperación del Peso

Introducción y objetivos

Los neuroesteroides (NE) actúan sobre el cerebro y son sintetizados en el sistema nervioso central (SNC) y periférico. La alopregnanolona es el NE más importante y se sintetiza en las células gliales del SNC. Entre los productos intermedios de su formación se encuentran la dehidroepiandrosterona (DHEA) y el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S), cuya síntesis cerebral no fue demostrada. Sin embargo, según un estudio previo, los niveles centrales de DHEA y de DHEA-S no dependerían de la síntesis periférica.

Los NE modifican la excitabilidad neuronal mediante su unión con los canales iónicos de los receptores de membrana de varios neurotransmisores. Serían relevantes en la fisiopatología de diversos trastornos psiquiátricos como la depresión, podrían modular la expresión del estado de ánimo, la ansiedad, la agresión, la cognición, el bienestar y la actividad en general. Además, tendrían un papel en la fisiopatología de los trastornos de la alimentación.

La alopregnenolona es un modulador positivo de los receptores inhibidores del ácido gamma-aminobutírico tipo A (GABA-A) y de la glicina y podría provocar un aumento de la ingesta y del peso. La DHEA y el DHEA-S modulan negativamente los receptores mencionados pero tienen un efecto positivo sobre los receptores excitatorios de glutamato y de serotonina. Por lo tanto, tendrían el efecto contrario en cuanto a la ingesta y al aumento de peso.

Con respecto a la modulación de la conducta alimentaria, la interacción entre los NE y la serotonina sería relevante debido a la regulación por disminución de la serotonina hallada en pacientes con bajo peso y anorexia nerviosa (AN) y a la actividad elevada detectada en pacientes recuperados. Además, la elevación de la actividad serotoninérgica podría incrementar varias características de la AN como los rasgos obsesivos, el perfeccionismo, la depresión y la ansiedad.

Los individuos con bajo peso y AN presentan niveles elevados de cortisol plasmático, lo cual podría reflejar el aumento del factor liberador de corticotrofina (CRF) y la puesta en marcha del sistema CRF/adrenocorticotrofina (ACTH). En la AN, la secreción de CRF y de ACTH se normaliza una vez recuperado el peso, lo cual conduce a la normalización de los niveles de cortisol y, supuestamente, de DHEA y DHEA-S. Como la secreción de DHEA y DHEA-S por parte de la glándula suprarrenal es controlada por el sistema CRH/ACTH, los pacientes con AN podrían tener alteraciones de dichos NE.

El objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en el nivel circulante de NE en los pacientes con AN una vez recuperado el peso en comparación con la etapa de disminución ponderal aguda de la enfermedad. Además, se evaluó si dichas modificaciones se correspondían con los cambios psicopatológicos relacionados o no con la alimentación. Los autores supusieron que los niveles plasmáticos de DHEA, DHEA-S y cortisol estarían aumentados en los pacientes con AN y bajo peso, en comparación con individuos sin trastornos alimentarios, mientras que la recuperación del peso se relacionaría con la normalización de los niveles de NE.

Pacientes y métodos

Se incluyeron dos grupos de mujeres judías de 15 a 19 años. Uno estuvo conformado por 19 pacientes hospitalizadas con AN de tipo restrictivo (ANR). Se excluyó a las pacientes con antecedentes de trastorno bipolar, trastornos del espectro esquizofrénico, síndrome cerebral orgánico, uso indebido de sustancias y cualquier entidad que pudiera afectar la ingesta de alimentos y el peso. Dos pacientes tenían amenorrea primaria, y 17, secundaria.

El grupo control estuvo conformado por 16 voluntarias adolescentes sin antecedentes de trastornos psiquiátricos o médicos y sin indicios de trastornos de la alimentación. Su peso y sus ciclos menstruales eran adecuados. No se hallaron diferencias entre los grupos en cuanto a la edad, el lugar de residencia y el origen étnico.

Dos psiquiatras aplicaron independientemente la *Eating Disorders Family History Interview* (EDFHI) para establecer el diagnóstico de ANR o de algún otro trastorno de la alimentación de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Además, se evaluó la existencia de otros trastornos psiquiátricos mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition* (SCID-I/P).

Se administraron los siguientes cuestionarios: *Eating Disorders Inventory 2* (EDI-2); *Beck Depression Inventory*; *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS); *Yale Brown Cornell Eating Disorders Scale* (YBC-EDS). Las pacientes con ANR recibieron los cuestionarios al inicio y a los 4 meses, en tanto que las voluntarias, sólo una vez.

En cuanto a las determinaciones de laboratorio, en las pacientes se evaluaron los niveles de DHEA, DHEA-S y cortisol dentro de los 7 días de admisión y luego de 1 y 4 meses de hospitalización. En

las voluntarias las determinaciones se efectuaron sólo una vez. Las muestras de sangre se obtuvieron mediante una técnica cuidadosa entre las 8 y las 9 de la mañana. La noche anterior las participantes debían haber cenado.

Las pacientes con ANR fueron evaluadas dentro de los 7 días de la admisión, mediante la EDFHI y la SCID-I/P. Además, se efectuaron evaluaciones médicas y neurológicas al momento de admisión y una vez por mes hasta el final del estudio. Se realizó electro cardiograma y análisis de laboratorio completos. Sólo participaron las pacientes cuya condición médica era estable. Ocho pacientes recibieron diferentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a los 4 meses de la admisión. No se hallaron diferencias en los parámetros evaluados entre las pacientes que recibieron ISRS y las demás. En cuanto a las voluntarias, los hallazgos fueron normales. Una vez recuperado el peso, las participantes que estuvieran menstruando fueron evaluadas durante la fase folicular de su último ciclo. Se controló el despertar, la actividad matutina y el consumo de cigarrillos y café, ya que estos factores pueden afectar la secreción de cortisol. Se controló la actividad física antes de la toma de muestras de sangre, la altura, el peso y el índice de masa corporal (IMC).

Resultados

Entre las pacientes con ANR, se detectaron casos de trastorno depresivo mayor y de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). No se hallaron diferencias en ningún parámetro fisiológico y psicológico entre las pacientes con una entidad comórbida o sin ninguna.

Las pacientes con ANR tuvieron un IMC basal significativamente menor. No se hallaron diferencias entre los grupos en los niveles plasmáticos de cortisol, DHEA, y DHEA-S. Sin embargo, el índice cortisol/DHEA-S fue significativamente menor en las pacientes. La duración de la enfermedad fue de 2.2 ± 2.5 años.

En cuanto a las evaluaciones psicométricas, las pacientes tuvieron puntuaciones mayores en el EDI-2, excepto para las escalas correspondientes al perfeccionismo, madurez y regulación de los impulsos. Las puntuaciones en cuanto a la depresión y a las características obsesivas también fueron mayores para las pacientes.

En las pacientes, se halló una mejoría significativa y progresiva en el IMC. A los 4 meses, el valor estaba dentro del rango normal. Se observó una disminución significativa de los niveles de cortisol, mientras que con respecto a la DHEA y al DHEA-S no se hallaron cambios significativos. Se detectó una disminución, aunque no significativa, en los índices cortisol/DHEA y cortisol/DHEA-S. No se hallaron cambios psicométricos significativos después de los 4 meses de hospitalización. Luego de recuperar el peso, las pacientes con ANR aun tenían puntuaciones elevadas en cuanto a las preocupaciones relacionadas con la alimentación, la depresión y las características obsesivas.

Discusión

No se hallaron diferencias en los niveles plasmáticos de cortisol, DHEA y DHEA-S entre las pacientes hospitalizadas con ANR y las voluntarias sanas. En cambio, en estudios previos se informó un aumento en los niveles de cortisol, así como aumento o disminución en los niveles de DHEA y DHEA-S en las pacientes con cuadros agudos de ANR. Sin embargo, en uno de dichos estudios se tomaron los valores promedio de todo el día, mientras que en el presente estudio las muestras sanguíneas fueron matutinas. Además, puede haber diferencias en las características clínicas de las pacientes.

Mientras que en todos los estudios previos se incluyeron adultos, los autores solamente investigaron adolescentes. Esto es importante ya que la secreción de DHEA y DHEA-S se acelera en la pubertad y alcanzan su máximo nivel entre los 20 y los 30 años. La secreción de cortisol, en cambio, no muestra diferencias considerables a lo largo de la vida.

El valor significativamente más bajo del índice cortisol/DHEA en las pacientes podría ser relevante en la fisiopatología de la AN. Ya que el cortisol puede aumentar el apetito y el peso, y el DHEA-S disminuirlos, el índice bajo podría contribuir en parte con la disminución de la ingesta hallada en la etapa aguda de la AN.

Adicionalmente se propuso la disociación en la secreción de cortisol y de DHEA, lo cual acarrearía una elevación de cortisol y una disminución de DHEA y DHEA-S. El aumento del índice cortisol/DHEA en la AN aguda luego de la pubertad podría deberse al restablecimiento del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA). Sin embargo, en otro estudio no se hallaron evidencias sobre esto. Los niveles plasmáticos de cortisol, DHEA y DHEA-S hallados en el presente estudio no difirieron entre las pacientes y las voluntarias. No obstante, la disminución en el índice cortisol/DHEA en las pacientes agudas podría deberse a la regresión del eje HHA al

funcionamiento prepuberal.

Las pacientes presentaron un aumento significativo en la incidencia de psicopatología. Previamente no se detectaron correlaciones entre la concentración de NE y la gravedad de la psicopatología. Esto sugiere que, si bien la gravedad de la depresión y de la ansiedad puede aumentar debido al cortisol y disminuir por la acción de la DHEA y del DHEA-S, aun no hay evidencias de la influencia de los NE sobre las características psicopatológicas de la AN. La falta de mejoría en la psicopatología una vez reiniciada la alimentación podría deberse al aumento de los niveles de serotonina una vez restablecido el peso.

En coincidencia con estudios previos, se halló una reducción significativa en los niveles de cortisol una vez reiniciada la alimentación, mientras que los niveles de DHEA y DHEA-S no se modificaron significativamente. Los autores refieren que la disminución no significativa de DHEA y DHEA-S una vez reiniciada la alimentación podría deberse a la disminución de la ingesta una vez alcanzado el peso deseado. Además, dicha disminución de la ingesta también podría deberse a la interacción entre la serotonina, la DHEA y el DHEA-S.

Según lo comunicado en estudios previos, los pacientes esquizofrénicos y depresivos tienen un índice cortisol/DHEA elevado, lo cual se relacionaría con la alteración en la regulación del estrés. Sin embargo, en el presente estudio, los índices hallados fueron bajos con respecto al grupo control. Además, se detectó una tendencia a la disminución una vez recuperado el peso. Los autores no hallaron una explicación adecuada, ya que la AN puede considerarse como una enfermedad estresante crónica. Sin embargo, la desregulación de la actividad serotoninérgica podría asociarse al procesamiento inadecuado del estrés.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se menciona el número reducido de pacientes y las determinaciones de los valores sanguíneos exclusivamente matutinas. Además, debido a que las pacientes estaban hospitalizadas, los resultados no son generalizables para los cuadros más leves de AN. Según los autores, éste es el primer estudio sobre NE en adolescentes con AN en el que se evaluaron las condiciones previas y posteriores a la recuperación del peso.

Conclusión

No se hallaron diferencias significativas en los niveles plasmáticos de cortisol, DHEA y DHEA-S en las pacientes adolescentes con AN y bajo peso con respecto a las voluntarias sanas. Sin embargo se halló un índice cortisol/DHEA-S significativamente menor. Los niveles de cortisol disminuyeron a los 4 meses y el índice cortisol/DHEA-S exhibió una tendencia a la disminución. Las variaciones en la actividad de los NE y del cortisol serían relevantes en las alteraciones de la ingesta de la AN. En cambio, no se halló relación entre las características psicopatológicas y las alteraciones de los NE. En el futuro debería estudiarse cada fase de la AN en un número mayor de pacientes ambulatorias.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de las siguientes opciones es correcta con respecto a la fisiopatología de la esquizofrenia?

- A. Se halló una relación significativa entre las características psicopatológicas y las alteraciones de los neuroesteroides en la anorexia nerviosa.***
- B. Las variaciones en la actividad de los neuroesteroides y del cortisol no serían relevantes en las alteraciones de la ingesta presentes en la anorexia nerviosa.***
- C. Se halló un índice cortisol/DHEA-S significativamente mayor en las pacientes anoréxicas con respecto a las voluntarias sanas.***
- D. No se hallaron diferencias en los niveles plasmáticos de cortisol, DHEA y DHEA-S en las pacientes adolescentes con anorexia nerviosa y bajo peso con respecto a las voluntarias sanas.***

Respuesta Correcta

● AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

Filadelfia, EE.UU

Estudio sobre los diferentes patrones sintomáticos entre el sexo femenino y el masculino que caracterizan los cuadros depresivos durante la adolescencia.

Journal of Affective Disorders 89(1-3):35-44, Dic 2005

Autores:

Bennett D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Drexel University College of Medicine

Título original:

Gender Differences in Adolescent Depression: Do Symptoms Differ for Boys and Girl?

Título en castellano:

Diferencias de Acuerdo al Género en la Depresión en Adolescentes: Análisis sobre las Discrepancias Sintomáticas entre los Varones y las Mujeres

Introducción y objetivos

La prevalencia de los trastornos de la afectividad a lo largo de la vida es 2 veces mayor para las mujeres en comparación con los hombres. Esta diferencia se manifiesta durante la adolescencia temprana, entre los 12 y los 14 años, y su causa en la de presión unipolar aun no es clara. Según lo referido en estudios previos, las adolescentes y las mujeres jóvenes tendrían un perfil cognitivo que las predispondría para realizar críticas y reflexiones negativas sobre su propia persona, que favorecerían la aparición de los trastornos depresivos. Estas diferencias cognitivas de acuerdo al sexo se observaron tanto en pacientes con trastornos psiquiátricos como en individuos sanos. Se evaluaron los síntomas cognitivos de la depresión mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI [*Beck depression inventory*]).

Las mujeres, tanto adolescentes como adultas, obtuvieron puntuaciones totales más elevadas que los hombres. Además, se informó la existencia de diferencias en el funcionamiento cerebral, dado que las mujeres con antecedentes de depresión en la infancia exhibieron una supresión mayor de las ondas alfa en el área mediofrontal. Estos datos sugieren la existencia de cuadros depresivos con características diferentes entre los hombres y las mujeres.

Además, según lo refieren diferentes estudios, las mujeres depresivas presentan con mayor frecuencia síntomas físicos como aumento del apetito y del peso, alteraciones del sueño, retardo psicomotor y somatización. También se observó la aparición característica de sentimientos de culpa, insatisfacción respecto de la imagen corporal y tendencia al llanto. En cuanto a los hombres, los síntomas predominantes fueron las preocupaciones relativas a la salud y la fatiga. Sin embargo, aún no se determinó el momento en el cual estas diferencias se manifiestan. Según una hipótesis previa, las niñas depresivas exhibirían más síntomas afectivos y cognitivos, mientras que en los niños predominarían los síntomas de irritabilidad. Las diferencias relativas al género en los síntomas depresivos de los niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico aún no se establecieron con claridad. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar las diferencias relacionadas al género en cuanto a la prevalencia y a la gravedad de los síntomas depresivos en los adolescentes. Según la hipótesis planteada por los autores, las mujeres manifestarían más frecuentemente síntomas relativos al apetito, el sueño, la culpa y la cognición respecto de los varones.

Pacientes y métodos

Participaron del presente estudio 383 adolescentes, cuyas edades se encontraron entre los 11.9 y los 20 años. La mayoría eran pacientes ambulatorios y cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM). Un grupo menor recibió el diagnóstico de trastorno depresivo menor o trastorno distímico (TDM/TDT). Se excluyó a aquellos sujetos que presentaban

enfermedades físicas, retraso mental, síntomas sugestivos de anorexia o bulimia nerviosa, autismo o trastornos primarios de la conducta. También se excluyeron los pacientes que presentaban síntomas de "depresión irritable", que se caracteriza por la ausencia de un estado de ánimo depresivo o de anhedonia, y por la irritabilidad predominante.

El grupo de referencia estuvo integrado por 141 individuos. Entre los mismos se diagnosticaron varios cuadros diferentes a la depresión, como el trastorno desafiante oposicional, el trastorno por déficit de atención e irritabilidad y la ansiedad excesiva. Veinticuatro de ellos no cumplían criterios para el diagnóstico de ningún cuadro psiquiátrico.

Los participantes fueron evaluados en 2 clínicas ubicadas en Filadelfia y Cleveland. Ambos grupos resultaron similares en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico y gravedad del cuadro depresivo. Inicialmente, se llevó a cabo la detección sistemática de los signos y síntomas correspondientes a los trastornos de ansiedad o depresión. Luego, se programaron 2 visitas adicionales.

Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el Cuestionario Infantil para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia (K-SADS [*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*]). Se tuvieron en cuenta los diagnósticos realizados durante la última semana. Se utilizaron los Criterios Diagnósticos y de Investigación (RDC [*Research Diagnostic Criteria*]) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, DSM-III-R). Se aplicó la Escala de Depresión de 17 ítem para evaluar la gravedad del cuadro depresivo y los cambios relativos al tratamiento farmacológico. El BDI fue aplicado previamente al K-SADS.

Resultados

Se observó una proporción mayor de mujeres en el grupo de pacientes con trastorno depresivo en comparación con el grupo de referencia. Sin embargo, no se halló relación entre el sexo y la raza, la edad, la condición socioeconómica, la duración de la depresión y la edad de comienzo del episodio actual. Tampoco se detectó una concordancia entre el género y los trastornos comórbidos al analizar en forma separada a los grupos con TDM, TDm/TDT y de referencia.

Prevalencia y gravedad de los síntomas según la Escala de Depresión de 17 ítem Para la mayoría de los síntomas, la prevalencia fue similar dentro de cada grupo para ambos sexos. Sin embargo, las mujeres con TDM presentaron con mayor frecuencia culpabilidad excesiva, y aquellas con TDm/TDT tuvieron mayores probabilidades de mostrar problemas de concentración. Los varones con TDM presentaron con más frecuencia fatiga matutina y retraso psicomotor. Sin embargo, ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa.

En coincidencia con la hipótesis de los autores, las mujeres tuvieron mayores índices de gravedad. El grupo con TDM también mostró índices de gravedad mayores que los pacientes con TDm/TDT y éstos, a su vez, presentaron índices mayores que el grupo de referencia.

Dentro del grupo con diagnóstico de TDM, el único síntoma que resultó más frecuente en las mujeres fue la culpabilidad excesiva. Entre los varones predominó la anhedonia, la fatiga matutina y el ánimo depresivo que empeoraba durante la mañana. En cuanto a las mujeres con diagnóstico de TDm/TDT, predominaron el ánimo depresivo, la culpa, la fatiga, los problemas de concentración y la hipersomnia.

Respecto del grupo de referencia, los varones tuvieron más frecuentemente problemas de concentración y retardo psicomotor. La única diferencia estadísticamente significativa fue la fatiga entre las mujeres con TDm/TDT. Según el análisis de la interacción entre el género y el grupo diagnóstico, las mujeres pertenecientes al grupo con TDm/TDT experimentaron, en total, más síntomas depresivos.

Gravedad de los síntomas según el BDI

Se observó una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres. El grupo con TDM mostró una mayor sintomatología respecto del grupo con TDm/TDT. A su vez, este último grupo presentó más síntomas que el grupo de referencia.

Dentro del grupo con TDM, las mujeres refirieron síntomas de tristeza, culpabilidad, incapacidad para realizar tareas y problemas relativos al sueño con mayor frecuencia que los varones. En cuanto al grupo con TDm/TDT, las mujeres expresaron con mayor frecuencia sentimientos de fracaso, culpabilidad, decepción y fealdad hacia ellas mismas, desinterés en las personas y preocupación en relación al estado de salud.

En cuanto al grupo de referencia, entre las mujeres se detectó mayor tendencia al suicidio y al llanto, y mayor disconformidad con la propia imagen. Entre los varones no predominó ningún

síntoma.

Distinción entre los síntomas depresivos según el género

Se determinaron los síntomas que distinguían mejor a las mujeres de los varones depresivos. Las primeras presentaron, con mayor probabilidad, culpabilidad excesiva, aumento del apetito y disconformidad con su propio aspecto. En cambio, los varones mostraron más frecuentemente anhedonia, fatiga matutina e irritabilidad.

Discusión

La prevalencia y la gravedad de los síntomas depresivos resultaron similares para ambos sexos. Sin embargo, se pueden señalar diferencias destacables. Las mujeres expresaron con más frecuencia disconformidad con su imagen corporal y culpabilidad, así como tristeza, sentimientos de decepción y fracaso, trastornos de concentración, fatiga y preocupaciones relativas a la salud. En cambio, los varones con TDM presentaron con mayor frecuencia anhedonia, depresión y fatiga matutinas.

La culpa sería un síntoma importante al comienzo de la depresión en el sexo femenino. Desde una edad más temprana, las mujeres muestran sentimientos de comprensión y sensibilidad, así como una tendencia a minimizar las disconformidades y a preocuparse acerca de lo que otros opinen sobre ellas; de acuerdo con esta diferencia respecto de los varones, la violación de estas reglas de socialización provocaría con mayor frecuencia síntomas cognitivos y de culpabilidad. Se requieren estudios longitudinales para evaluar si los síntomas de culpabilidad preceden o son concomitantes con otros síntomas depresivos.

El descontento con la imagen corporal también resultó más prevalente entre las mujeres, lo cual coincide con estudios previos. Se sugiere que el estrés conduciría al aumento de la ingesta, lo cual resultaría en insatisfacción con la imagen corporal y depresión. Hay mujeres, y también varones, que responden de manera contraria, es decir, que disminuyen la ingesta. Este hecho sugiere la existencia de diferentes patrones de alimentación en relación con la depresión. Estos síntomas podrían ser la causa, el factor de mantenimiento o la consecuencia del cuadro depresivo. Las cavilaciones son más comunes entre las mujeres y se relacionan con un aumento en los niveles de depresión y en los problemas de concentración.

Según señalan los autores, este es el primer estudio en el cual la anhedonia y la fatiga matutina resultaron ser síntomas predominantes entre los varones. Posiblemente haya una relación con el aburrimiento, síntoma que resultó más frecuente entre los mismos.

En cuanto a algunos síntomas, los resultados resultaron inconsistentes. Este hecho destaca la importancia respecto de la elección del informante como al modo en el que se formulan las preguntas a la hora de evaluar las diferencias relativas al género.

Limitaciones del estudio

Todos los participantes fueron europeos o estadounidenses. Las posibles diferencias respecto de la población adolescente afroamericana y latina impidieron la generalización de los resultados. Además, para evaluar la influencia de las diferencias halladas en el comienzo o en el mantenimiento de la depresión, se necesitan estudios longitudinales.

Conclusión

En cuanto a la depresión en los adolescentes, las mujeres serían más propensas a experimentar síntomas depresivos cognitivos y somáticos en comparación con los varones. Tomar conciencia sobre la existencia de estas posibles diferencias puede ser útil a la hora de planificar el tratamiento.

Autoevaluación de Lectura

En cuanto a las diferencias sintomáticas de los cuadros depresivos entre el sexo femenino y el sexo masculino en la adolescencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A. Las mujeres presentaron con mayor probabilidad culpabilidad excesiva, aumento del apetito y fatiga matutina. En cambio, los varones mostraron más frecuentemente anhedonia, disconformidad con el propio cuerpo e irritabilidad.

B. Las mujeres presentaron con mayor probabilidad culpabilidad excesiva, aumento del apetito y disconformidad con su propio aspecto. En cambio, los varones mostraron más frecuentemente anhedonia, fatiga matutina e irritabilidad.

C. Las mujeres presentaron con mayor probabilidad fatiga matutina, aumento del apetito y disconformidad con su propio aspecto. En cambio, los varones mostraron más frecuentemente anhedonia, culpabilidad excesiva e irritabilidad.

D. Los varones presentaron con mayor probabilidad culpabilidad excesiva, aumento del apetito y disconformidad con su propio aspecto. En cambio, las mujeres mostraron más frecuentemente anhedonia, fatiga matutina e irritabilidad.

Respuesta Correcta

● LA SUSPENSION DE CEFDINIR EN COMPARACION CON OTROS ANTIBIOTICOS SEGUN LOS NIÑOS

Illinois, EE.UU.

Los niños entre 4 y 8 años prefirieron el sabor del cefdinir al de otras preparaciones como amoxicilina/ácido clavulánico, cefprozil, azitromicina y amoxicilina genérica, mientras que el olor fue similar.

Clinical Therapeutics 27(12):1950-1960, Dic 2005

Autores:

Holas C

Institución/es participante/s en la investigación:

Abbott Laboratories

Título original:

A Pooled Analysis of Seven Randomized Crossover Studies of the Palatability of Cefdinir Oral Suspension Versus Amoxicillin/Clavulanate Potassium, Cefprozil, Azithromycin, and Amoxicillin in Children Aged 4 to 8 Years

Título en castellano:

Un Análisis Conjunto de 7 Estudios Aleatorizados y de Tipo Cruzado sobre el Sabor de la Suspensión Oral de Cefdinir versus Amoxicilina/Ácido Clavulánico, Cefprozil, Azitromicina y Amoxicilina en Niños de entre 4 y 8 Años

Introducción

Cuando se prescriben antibióticos a la población pediátrica, los médicos toman en cuenta distintas características como la farmacocinética, el espectro antibacteriano, la eficacia terapéutica y la tolerancia; así como el número de dosis diarias, la duración de la terapia, el sabor de la suspensión y el costo. En los niños, el gusto de la suspensión antibiótica cumple un papel importante en la adhesión al tratamiento. La falta de cumplimiento con las dosis o la duración de la terapia, o la poca adhesión terapéutica debido al sabor de la preparación, producen consecuencias desfavorables tales como la recurrencia de la enfermedad y las complicaciones, el ausentismo escolar, más consultas al médico, riesgo mayor de transmisión y la necesidad de prescripciones adicionales. Por ello, los agentes que pueden administrarse una o 2 veces por día y tienen mejor sabor, además de una eficacia probada, son de primera elección. El objetivo de este estudio consistió en analizar los resultados de 7 ensayos para comparar el sabor y el olor, mediante puntajes de aceptación con la utilización de una escala visual, del cefdinir en suspensión oral y 4 preparaciones: cefprozil, amoxicilina/ácido clavulánico, azitromicina o amoxicilina genérica.

Pacientes y métodos

Este análisis combinó los resultados de 7 ensayos aleatorizados, a simple ciego y cruzados que compararon la suspensión oral de cefdinir con una de 4 suspensiones orales de cefprozil, amoxicilina/ácido clavulánico, azitromicina o amoxicilina genérica en niños sanos entre 4 y 8 años.

Los estudios se seleccionaron para el análisis si el informe y los datos clínicos en bruto aparecían en la base de datos clínicos de patentes farmacéuticas. La base de datos identificó todos los ensayos que evaluaron el sabor del cefdinir en niños. Los resultados de 4 de estos estudios se publicaron previamente, mientras que los otros 3 no se publicaron. En todos los estudios, cada niño probó la suspensión de cefdinir y una de las otras 4 preparaciones antibióticas evaluadas y asignó un puntaje de sabor y olor a cada una. Dos de los ensayos fueron realizados en un solo centro (ambos se llevaron a cabo en Scottsdale, Arizona, EE.UU.) y 5 fueron multicéntricos y se realizaron en diversos sitios de los EE.UU. (3 en Arizona, Florida y Ohio y 2 en Florida, Ohio, Arizona y Nueva Jersey). Cada estudio consistió en una visita clínica de 2 horas y en una llamada telefónica de seguimiento al padre o tutor legal. Los participantes se incorporaron por una firma de investigación clínica. Los niños, varones y mujeres, fueron elegibles si tenían una edad entre 4 y 8 años, se encontraban en buen estado de salud, pesaban > 16.3 kg (36 lb) y eran capaces de cumplir las instrucciones necesarias para completar el estudio. Se registraron los datos referentes a la historia clínica, el peso, la estatura, la temperatura, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y el pulso. Después de esta evaluación, el entrevistador llevó al participante a un área privada para que probara las drogas estudiadas, luego de explicar los procedimientos de la investigación y la escala visual en base a caritas de gusto y disgusto. La explicación se repitió o modificó si el niño no entendió la primera vez. En cada ensayo, los niños se dividieron al azar para equilibrar el orden de presentación de las drogas a evaluar, para que cada una fuese probada en primer lugar en aproximadamente igual número de veces. El farmacéutico local reconstituyó todos los fármacos el día del estudio y se almacenaron a temperatura ambiente ($25^{\circ}\text{C} \pm 3^{\circ}\text{C}$). En ninguno de los ensayos clínicos se enmascaró el color de las drogas examinadas. Antes de evaluar el primer fármaco, se instruyó a los niños a que comieran una galletita sin sal y tomaran varios sorbos de agua. El investigador colocó 2.5 ml de los 3 ml de la preparación antibiótica, que dispensaba en un vasito medidor el personal del estudio que conocía la aleatorización, en una cucharita premedida, e instruyó al participante a tomar todo el contenido. A continuación, se hizo oler la droga restante del vasito medidor. Luego se pidió a los niños que indicasen su preferencia en cuanto a gusto y olor en una escala visual en base a caritas. Las preferencias en la escala visual se convirtieron a un puntaje numérico que varió entre 5 (muy bueno) a 1 (muy malo). Luego de completar la primera evaluación se indicó a los niños que comieran otra galletita y tomaran varios sorbos de agua antes de ingerir la segunda droga; ésta se probó dentro de los 3 a 5 minutos de la primera preparación. Después de examinar el sabor y olor de las suspensiones orales, los participantes permanecieron en el sitio de estudio por aproximadamente una hora para controlar la aparición de efectos adversos. Además, se realizó una llamada telefónica de seguimiento al padre o tutor legal 48 a 72 horas después de la prueba para evaluar los posibles efectos adversos. En cuanto a la metodología estadística, la aceptación respecto del sabor fue el primer criterio de valoración, mientras que la aceptación en cuanto al olor fue el segundo. Los participantes fueron incluidos en el análisis de sabor y olor si cumplieron los criterios de inclusión, probaron ambas drogas y asignaron una preferencia. Los niños que completaron las fases de evaluación del sabor y olor de las preparaciones y fueron contactados dentro de las 48 a 72 horas después de completarse la prueba se incluyeron en el análisis de efectos adversos. Los puntajes de aceptación en cuanto al gusto y al olor fueron objeto de un análisis de variancia. Además, el mismo análisis estadístico se efectuó para cada subgrupo de combinación de edad y sexo. El significado de la comparación de las drogas evaluadas se determinó mediante la utilización de los factores variables y el error residual del análisis de variancia. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Todos los efectos adversos se tabularon por secuencia de tratamiento. No se realizó un análisis estadístico de estos datos.

Resultados

Un total de 1 011 niños sanos se dividieron al azar para probar los grupos de fármacos, 965 de los cuales fueron evaluables para el análisis de sabor y olor. Las características demográficas fueron similares entre los distintos estudios; lo mismo sucedió con los porcentajes de mujeres y varones (50.1% *versus* 49.9%), la mayoría de los participantes fue de raza blanca (84.1%) y hubo un leve predominio de niños entre 7 u 8 años en comparación con niños de menor edad (4 años: 16%, 5 años: 17.4%, 6 años: 18.7%, 7 años: 23.2% y 8 años: 24.8%). La razón más frecuente para que los participantes no fuesen evaluables fue el rechazo para probar una o ambas drogas examinadas. Cuando se analizaron los resultados de cada estudio, los puntajes de sabor y olor para el cefdinir fueron significativamente mejores que para las preparaciones que sirvieron como comparación: amoxicilina/ácido clavulánico y azitromicina en los estudios 2 y 3, respectivamente (en todos, $p <$

0.05). La media del puntaje del sabor, pero no del olor, fue significativamente superior para cefdinir respecto de cefprozil en el ensayo 1 ($p < 0.05$). En el estudio 5, la media del puntaje del sabor para la amoxicilina genérica fue significativamente mejor comparada con cefdinir ($p < 0.05$). La mediana del puntaje de sabor para cefdinir varió entre 4.15 a 4.59, mientras que para las otras drogas que se utilizaron como comparación se encontró entre 2.99 a 4.60. La media del puntaje para el olor para cefdinir varió entre 3.61 a 4.06, mientras que para los otros agentes utilizados para la comparación, entre 3.37 a 3.96. Cuando se combinaron los resultados de los 7 estudios, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la media del puntaje de preferencia en cuanto al sabor a favor del cefdinir respecto de los otros agentes utilizados como comparación (4.30 *versus* 3.99, respectivamente, $p < 0.001$). Un total de 798 niños (82.7%) calificó el gusto de cefdinir como muy bueno o bueno comparado con 712 (73.8%) participantes que asignaron igual puntaje de preferencia a las otras preparaciones en conjunto. Estos resultados no se evaluaron para establecer la significación estadística. La media del puntaje de preferencia en cuanto al olor fue de 3.92 para cefdinir y de 3.83 para las otras drogas ($p =$ no significativa). Un total de 671 (69.5%) niños calificó el olor del cefdinir como muy bueno o bueno y 636 (65.9%) hicieron lo propio con las otras drogas analizadas ($p =$ no significativa). Posteriormente se realizó el análisis para determinar las preferencias en cuanto a sabor y olor sobre la base de la edad y el sexo. Con la excepción de las niñas de 5 años (diferencia media: -0.22; intervalo de confianza del 95% [IC]: -0.63 a 0.20), los participantes prefirieron el sabor del cefdinir respecto de las otras drogas empleadas como comparación (diferencia global: 0.31; IC: 0.21 a 0.41). En cuanto al olor, con la excepción de las niñas de 5 años (diferencia media: -0.49; IC: -0.86 a -0.11), se prefirió el del cefdinir respecto de los otros agentes utilizados como comparación (diferencia media global: 0.09; IC: 0 a 0.19). Se informó un total de 62 efectos adversos en 48 niños; en 15 se los consideró como posiblemente relacionados con la droga estudiada (dispepsia, dolor de estómago, cólicos, diarrea o heces desligadas, vómitos, urticaria y trastornos gastrointestinales). No se comunicaron efectos adversos graves.

Discusión y conclusión

Según los autores, el análisis estadístico de los datos combinados de los 7 estudios evaluados indicó que el sabor del cefdinir fue significativamente mejor que el de las otras 4 preparaciones utilizadas como comparación (amoxicilina/ácido clavulánico, cefprozil, azitromicina o amoxicilina genérica). El puntaje de aceptación en cuanto al olor para cefdinir fue al menos tan bueno como para las otras preparaciones. No fue posible determinar la relación entre los efectos adversos y las drogas específicas debido a que los niños recibieron ambos fármacos con un intervalo entre 3 y 5 minutos. Una limitación de este análisis consistió en que el color de las preparaciones examinadas no se enmascaró en ninguno de los ensayos clínicos. Existe la posibilidad de que el color pueda cumplir un papel en determinar la preferencia en cuanto al sabor, aunque el efecto del color no fue bien definido. En los estudios analizados, el color de las suspensiones orales no se enmascaró para reflejar más exactamente el consumo de fármacos en la vida real. No se ha aclarado si los estudios de preferencia en cuanto al sabor y al olor de las preparaciones son predictivos de la preferencia o de la adhesión terapéutica de un paciente a los regímenes con múltiples dosis de antibióticos. En conclusión, los niños entre 4 y 8 años prefirieron el sabor del cefdinir al de otras preparaciones tales como amoxicilina/ácido clavulánico, cefprozil, azitromicina y amoxicilina genérica, mientras que el olor fue similar.

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo resultó el sabor del cefdinir respecto de otras preparaciones tales como amoxicilina/ácido clavulánico, cefprozil, azitromicina y amoxicilina genérica según los niños entre 4 y 8 años que indicaron sus preferencias en una escala visual en base a caritas de gusto y disgusto?

A. Similar.

- B. Peor, no significativo.***
- C. Mejor, no significativo.***
- D. Mejor, significativo.***

Respuesta Correcta

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