

Cartas al Editor

Señor Director
 Revista Chilena de Pediatría
 Dr. Francisco Cano
 Presente
 Estimado Dr. Cano:

La epidemia anual de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAs) que se produce todos los inviernos en Chile, es causa de una alta morbilidad infantil y exige inversiones cuantiosas, no solo del sistema de salud, sino también de los hogares.

Esta epidemia se repite en diversos países del mundo y en los Estados Unidos de Norte América es la principal causa de hospitalizaciones en menores de 1 año, donde se han estimado sus costos en más de 500 millones de dólares anuales¹.

La evidencia más reciente sugiere que la Bronquitis Obstructiva Recurrente (BOR) del niño, se asocian al aporte insuficiente de vitamina D²⁻⁴. Estos últimos datos de la literatura, junto a los conocidos beneficios para el esqueleto, han movido a la Academia Americana de Pediatría (AAP) a recomendar duplicar la dosis diaria de vitamina D que se da a los niños y adolescentes⁵, la que se eleva ahora a 400 U.I. diarias. Otros expertos han propuesto un aporte diario de 400 a 1 000 U.I. de vitamina D3, como dosis de mantención en niños de toda edad (de 10 a 24 gotas al día, de la fórmula de uso habitual en Chile: Vitamina ADC en gotas del Laboratorio Chile y del Laboratorio SAVAL)⁶.

En una reciente publicación de la revista *Pediatrics* se señalan las condiciones que predisponen a presentar hipovitaminosis D: piel pigmentada; obesidad, alimentación exclusiva al pecho materno, campañas sanitarias destinadas a evitar la exposición solar en menores de 6 meses, uso excesivo de ropa, y aporte insuficiente de vitamina D tanto a la madre (durante el embarazo como la lactancia) como al niño⁷. En esa publicación se considera "deficiente" el aporte de 200 U.I. al día para la población que vive en zonas de latitud elevada (Santiago está a 33° Sur). Es fácil reconocer que buena parte de la población chilena cumple con todas ellas.

Agradecemos la acogida que usted pueda

prestar a esta nota que manifiesta la preocupación que existe por el uso suficiente y necesario de la vitamina D en madres y niños para prevenir las BOR.

Saludan atentamente a usted,

Dr. Santiago Prado Palma
 Médico Pediatra
 Consultorio Irene Frei, Quilicura

Dr. Francisco Mardones Restat
 Director del S.N.S. 1965-1967
 Decano Facultad Ciencias Médicas
 USACH 1997-1999

Dr. Carlos A. Camargo, Jr.
 Center for D-receptor Activation Research
 Massachusetts General Hospital
 Boston, USA

Referencias

- 1.- *Mansbach JM, Camargo CA Jr*: Bronchiolitis: lingering questions about its definition and potential role of vitamin D. *Pediatrics* 2008; 122: 177-9.
- 2.- *Camargo CA Jr, Rifas-Shiman SL, Litonjau AA, et al*: Maternal intake of vitamin D during pregnancy and risk of recurrent wheeze in children at 3 years of age. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 788-95.
- 3.- *Camargo CA Jr, Ingham T, Wickens K, et al*: Cord blood 25-hydroxyvitamin D levels and risk of childhood wheeze in New Zealand [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177 (7 suppl): A993.
- 4.- *Wayse VY, Yousafzai A, Mogale K, Filteau S*: Association of subclinical vitamin D deficiency with severe acute lower respiratory infection in Indian children under 5 years. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 563-7.
- 5.- *Wagner CL, Greer FR*: Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children and adolescents. *Pediatrics* 2008; in press. Referencia 18 citada por: Office of Dietary Supplements. Dietary Supplement Fact Sheet Vitamin D. National Institutes of Health, 2008. Disponible en: <http://ods.od.nih.gov/factsheets/vitamind.asp>
- 6.- *Holick MF*: Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357: 266-81.

7.- Misra M, Pacaud D, Petryk A, Ferrez Collett-Solberg P, Kappy M: Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics* 2008; 122: 398-417.

Anticolinérgicos, EPOC, niños: ¿Existe algo en común?

Señor Editor:

El pasado 24 de septiembre, salió a la luz una interesante publicación de los doctores Singh y cols¹, en una prestigiosa revista científica. El artículo de revisión, bajo la modalidad meta-análisis, hace referencia al uso de medicación anticolinérgica inhalada y su relación con eventos cardiovasculares graves en el control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) del adulto. Los autores, luego de una exhaustiva búsqueda que incluyó a 703 reportes en diferentes bases de datos médicas internacionales, lograron reunir 103 artículos –que cumplían los criterios de selección preestablecidos– que evaluaban los efectos cardiovasculares asociados al uso de anticolinérgicos inhalados por al menos un mes. El objetivo principal (outcome) de esta búsqueda fue conocer si el empleo de estas drogas incrementaba el riesgo de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o accidente cerebro vascular (definidos como evento grave) en adultos empleando para ello el riesgo relativo (RR).

Los autores eligieron 17 artículos de buena calidad, lo cual representó una muestra de 14783 pacientes (edad promedio 63 años, todos fumadores activos) con un periodo de seguimiento desde 6 semanas hasta 5 años, estableciendo que ocurrieron 135 (1,8%) eventos graves en el grupo que recibía medicación anticolinérgica versus 1,2% del grupo control (RR: 1,58; IC: 1,21-2,06 $p < 0,001$); mas aún el uso de medicación anticolinérgica se asoció con mayor riesgo de muerte por alguna causa cardiovascular (RR: 1,8; IC: 1,17-2,77 $p = 0,008$). Esta revisión reportó además 149 versus 115 fallecidos, respectivamente; concluyendo finalmente que el uso de anticolinérgicos se asoció con un riesgo incrementado de eventos graves cardiovasculares.

Como es sabido, los pacientes con EPOC

tienen un mayor riesgo cardiovascular que la población general por la co-morbilidad asociada (diabetes, hipertensión arterial, sedentarismo) y el consumo de tabaco activo^{2,3}. Por otra parte, se reconoce que existen controversias en torno al diseño de ensayos clínicos o desarrollo de meta-análisis, existiendo quienes creen que el conocimiento médico debe estar guiado sólo bajo la luz de ensayos clínicos o revisiones con metodología científica⁴. Bajo esta forma purista y ociosa de pensamiento sería ideal alcanzar valores significativos de “p” para haber probado algo⁵. La medicina basada en la evidencia parece ser una suerte de espada del conocimiento dispuesta a ser desenvainada para aniquilar al adversario cada vez que aparece alguna asociación estadística o conclusión nueva. El valor de una información científica debe estar determinado por la congruencia o armonía que guarda con teorías u observaciones previas y no exclusivamente por su nivel de significancia⁶.

El estudio en cuestión que establece afirmaciones de asociación y no causalidad, exhibe algunas limitaciones inherentes al tipo de diseño. La mayoría de datos del análisis provienen del estudio denominado “Lung Health Study”, publicado por Anthonisen y colaboradores⁷. En dicho estudio, la edad promedio fue 48 años y el consumo promedio de cigarrillos/paciente/día fue 31; curiosamente la mayoría de muertes cardiovasculares ocurrieron en pacientes que no tomaban la medicación anticolinérgica. Por otra parte, el análisis del peso del canister de cada inhalador estuvo incompleto en el reporte de datos y muchos de los participantes no devolvieron los canister en sus respectivos controles, por lo que no se logró certificar el real cumplimiento de la droga en estudio. Una de las principales debilidades de los metanálisis es probablemente, la incapacidad de analizar datos de pacientes individuales, y por ello no recoger las “correcciones” o ajustes de aquellos pacientes que abandonan los ensayos clínicos precozmente. Muchos problemas médicos, responsables de una enfermedad como EPOC, son multifactoriales, por lo que las distintas combinaciones de intervención y en distintos momentos pueden producir resultados variables. El empleo de metanálisis o metodología

científica no asegura necesariamente resultados ni conclusiones científicas⁸.

Más allá de estas cifras relevantes, que sin duda generarán interesantes polémicas en términos respiratorios, algunos diarios y revistas de nuestro medio, publicaron –un día después de conocido el artículo– estas cifras de manera inexacta e inescrupulosa, bajo el título “riesgo mortal”; exponiendo la foto de un niño menor de 12 años recibiendo una dosis de algún inhalador. Muchos niños con asma u otras condiciones respiratorias crónicas consumen medicación inhalada anticolinérgica como parte del control de sus síntomas^{9,10}. Se reconoce que el uso concomitante de broncodilatadores y anticolinérgicos inhalados en pacientes con exacerbación asmática severa (adultos o niños), minimiza en forma significativa (NNT: 13 y 7 en los asmáticos moderados y severos, respectivamente) el riesgo de hospitalización¹¹. Por el momento, no existe ningún argumento médico, ni científico, que relacione el uso de anticolinérgicos inhalados con eventos o accidentes cardiovasculares con niños, a corto ni a largo plazo; por lo que cualquier publicación en torno a ello, debe ser circunscrita eventualmente (si es que fuera correcta), al ámbito del paciente adulto con EPOC.

Pareciera que hoy, establecer un valor de *p* en los resultados es menester para garantizar un guardián de la verdad o del conocimiento⁵. Si un resultado ofrece resultados estadísticamente significativos, algunos creen, erróneamente, que ha probado algo; pero olvidan que la estadística no es una medida del conocimiento sino del grado de certeza⁶. La difusión del conocimiento médico, no está en discusión, sino el peligro que resulta cuando una información es distorsionada con el afán de alertar, innecesariamente, a padres y a muchos de nuestros pacientes. Introducir la fotografía de un niño para confundir a nuestra comunidad es un acto que traduce irresponsabilidad, y que definitivamente, está lejos de una práctica periodística saludable para nuestro país.

Dr. Luis Enrique Vega-Briceño
Pediatra Broncopulmonar
Editor Responsable
Revista Neumología Pediátrica

Referencias

- 1.- *Singh S, Loke Y, Furberg C*: Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008; 300: 1439-50.
- 2.- *Murray CJ, López AD*: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
- 3.- *Global initiative for chronic obstructive lung disease*. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. <http://www.goldcopd.org> revizado el 25 de septiembre del 2008.
- 4.- *Silverman WA*: The most noble goal of medicine. *Control Clin Trials* 1991; 12: 723-6.
- 5.- *Osterwalder JJ*: The *p* value as the guardian of medical truth, illusion or reality? *Eur J Emerg Med* 2002; 9: 283-6.
- 6.- *Vega-Briceño LE, Sánchez I*: ¿Cuál es la importancia del significado del *p* en medicina? *Rev Méd Chile* 2005; 133: 383-4.
- 7.- *Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, et al*: Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 333-39.
- 8.- *Smith G, Pell JP*: Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 1459-61.
- 9.- *Clancy K*: British guidelines on the management of asthma. *Thorax* 2004; 59: 81-2.
- 10.- www.ginasthma.com revizado el 25 de septiembre del 2008.
- 11.- *Rodrigo GJ, Castro-Rodríguez JA*: Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma: a systematic review with meta-analysis. *Thorax* 2005; 60: 740-6.

Reseña de libros N° 5

¿Por qué los niños crecen... o no crecen?

Hemos recibido el texto “¿Por qué los niños crecen... o no crecen? Del Dr. Francisco Beas F., Endocrinólogo Pediatra de larga trayectoria, vasta experiencia y reconocida autoridad en el tema.

En este texto el autor desarrolla a lo largo de 18 capítulos que, partiendo desde preguntas