

¿ALARMA, DESMOPRESINA O IMIPRAMINA EN LA ENURESIS EN NIÑOS?

Jonathan Evans.

Evidence based management of nocturnal enuresis.

B M J 2001; 323: 1167-9.

Evans hace un análisis bibliográfico sistemático sobre el manejo de la enuresis en niños. Se investiga la evidencia sobre los siguientes tratamientos: desmopresina por vía intranasal, imipramina, alarmas de enuresis, régimen de entrenamiento (alarma, más entrenamiento vesical, más rutina de despertar, más incentivos), incentivos solamente, y oxibutinina. Las alarmas de enuresis despiertan al niño al más leve humedecimiento de ropa de cama, resultando en control vesical por acondicionamiento. La desventaja es que puede requerir de meses de uso continuo.

La desmopresina es un análogo sintético de la hormona antidiurética. Usado en forma de spray nasal antes de acostarse reduce el volumen urinario nocturno. Se usa para el manejo de la enuresis a corto plazo. La imipramina es un antidepresivo tricíclico cuyo mecanismo de acción específico en la enuresis no se conoce, aunque se ha descrito un efecto antidiurético, anticolinérgico y central. La oxibutinina es un anticolinérgico de utilidad en casos de inestabilidad del detrusor.

Se concluye por la evidencia que los pacientes con enuresis sin síntomas diurnos, sin problemas psicológicos aparentes, y que cuentan con buen apoyo de los padres, tienen un excelente pronóstico con desmopresina o con la alarma.

La alarma aumenta la chance de éxito en 13 veces. La imipramina lo aumenta por cuatro veces pero no se conoce el beneficio a largo plazo, y además corre el riesgo de efectos adversos importantes digestivos o del sistema nervioso central: letargo, sedación, agitación, depresión, alteraciones del sueño). Además, se han reportado casos raros de arritmias, convulsiones y muertes por sobredosis. No existe información que apoye el uso de oxibutinina. La desmopresina es similar en efectividad a la imipramina. Mostró un 17% de efectos adversos en un estudio, ninguno de seriedad (la mayoría por irritación nasal o epistaxis) aunque se han descrito casos raros en la literatura de intoxicación hídrica. Una desventaja es el relapso una vez discontinuado el uso. La desmopresina podría ser más útil en el caso que el uso prolongado de una alarma no sea posible, o en caso de necesidad de un efecto rápido.

El artículo hace énfasis en que la enuresis es sólo una, aunque la más frecuente, de las causas de incontinencia urinaria en la noche en niños, y en general estos niños nunca han logrado control nocturno. La pérdida de control en el día puede deberse a un síndrome de inestabilidad vesical (polaquiuria, nicturia, urgencia con o sin incontinencia) o, raramente, por un defecto estructural (válvulas uretrales posteriores, disrafia espinal) y merece mayor investigación. En caso de enuresis

secundaria se debe considerar la posibilidad de una situación de estrés en casa o colegio. Finalmente, se hace hincapié en que los padres y el niño deben participar activamente en la elección de tratamiento.

EL PACIENTE CON CÁNCER Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

Lesley Fallowfield.

Editorial.

B M J 2001; 323: 1144

La tendencia actual ha sido aumentar el rol del paciente en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento. Por otro lado, para muchos pacientes con cáncer existen varias opciones de tratamiento, y el más apropiado no siempre queda claro o es basado en la mejor evidencia de trabajos de buena calidad. En el manejo inicial del paciente con cáncer es necesario aclarar dos preguntas fundamentales: la cantidad de información que desea recibir, y su deseo de participar en la toma de decisiones (es importante conocer el deseo explícitamente ya que los estudios muestran que frecuentemente el clínico se equivoca en su predicción intuitiva de estas preferencias, basado en la edad, su percepción de la inteligencia y de la calidad de vida del paciente). Es esencial diferenciar estas dos preferencias, porque el deseo de información no es lo mismo que el deseo de tomar parte activa en la toma de decisiones.

Fallowfield hace referencia a un estudio prospectivo sobre 269 pacientes ingleses con cáncer de mama en etapas I y II, ofrecido elección de tratamiento o mastectomía, evaluando el riesgo de depresión y de ansiedad a varios intervalos después del tratamiento. El estudio muestra que sólo el 20% de las mujeres deseaban un rol activo en la decisión de tratamiento, 28% prefería compartir la responsabilidad para la decisión, y 52% preferían que el cirujano tomara la decisión. Se concluyó en este trabajo que la provisión de información adecuada en cuanto a las opciones, efectos adversos y expectativas reales son cruciales, sin embargo, no hay que olvidar que el paciente también tiene el derecho de rechazar la oportunidad de participar en la toma de decisiones.

El autor comenta que para poder determinar las preferencias del paciente, se debe mejorar el entrenamiento del médico en comunicación con el paciente, y dedicar suficiente tiempo para la consulta del paciente con cáncer. Una dificultad es la falta de estudios sobre la calidad de vida resultante de diferentes intervenciones posibles. Hay evidencia que otra dificultad es la falta de comunicación al paciente sobre detalles de la calidad de vida que resultaría de las diferentes intervenciones terapéuticas. En cambio, el médico depende de impresiones clínicas personales sobre la tolerancia o impacto de los efectos adversos en el paciente. El autor destaca que toda información debe ser entregada en forma centrada en el paciente, y apoyado por material audiovisual en lo posible.

LA DERIVACIÓN DEL NIÑO CON OTITIS MEDIA CRÓNICA PUEDE ESPERAR

Paradise et al.

Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years. N Engl J Med 2001; 344: 1179-87.

La otitis media crónica se trata frecuentemente con cirugía (miringotomía con inserción de "colleras"), por el temor a secuela permanente en la audición, en el desarrollo del lenguaje, función cognitiva y psico-social. Sin embargo, no existe evidencia firme de esta relación, o que la inserción de tubos de ventilación previene alguna alteración del desarrollo. En este estudio de 429 pacientes de edad entre 2 días y 2 meses, se consiguió un seguimiento mensual durante tres años para detectar la presencia de otitis media crónica (definida como derrame bilateral de más de 90 días de duración, o unilateral de más de 135 días) por otoscopia neumática más timpanometría, randomizando a estos pacientes a un grupo de intervención precoz (n = 216) y otro de intervención tardía (n = 213). Se hizo audiometría mensual en estos pacientes. Estudios de desarrollo cognitivo, de lenguaje receptivo y expresivo, y de comportamiento se hicieron a los tres años de edad. No se encontró diferencias significativas entre los dos grupos. Se concluye que la inserción de tubos de ventilación en el momento de diagnóstico de otitis media crónica no es más efectiva que esperar más de 9 meses para tratamiento definitivo, en el caso típico del niño menor de 3 años con otitis media serosa e hipoacusia leve a moderada. Los autores notan que no se pueden hacer conclusiones sobre pacientes en que la duración de otitis media crónica sobrepasa el tiempo del estudio, o en casos de hipoacusia más que moderada. Por otro lado la indicación quirúrgica precoz sigue siendo válida en casos de otitis media aguda frecuente o retracción marcada de tímpano.

LA EVIDENCIA EN EL MANEJO DE LA TOS CRÓNICA

Sang-Ick Chang.

What is the best approach to the evaluation and treatment of chronic cough? The Journal of Family Practice 2001; Vol 50, N° 9.

Esta es una revisión de tema basada en evidencia, que busca

el manejo óptimo del paciente con tos crónica, definida como aquella que persiste por más de 3 semanas. Se ha demostrado que la mayoría de estos pacientes (descartando el tabaco o el uso de IECA, y con radiografía de tórax normal) sufren de secreción postnasal, asma, reflujo gastroesofágico, o de una combinación de estos.

Hasta la fecha se ha usado un protocolo diagnóstico, basado en el algoritmo de Irwin (1981), en pacientes con tos crónica. Este protocolo evalúa la existencia de las tres causas principales, y es efectivo en el manejo de tos crónica entre el 82 y 100% de las veces. El problema más serio de este protocolo, aparte del costo, es que el tratamiento de una causa que ha demostrado un test positivo no garantiza la resolución de la tos. Recientemente se ha propuesto el manejo empírico previo a los exámenes diagnósticos como alternativa válida en medicina primaria. Este tendría el beneficio de ser más costo-efectivo y más aceptable para el paciente.

Dado que la secreción postnasal crónica es la causa más frecuente de tos crónica, y que los síntomas, signos y exámenes son muchas veces de poca ayuda en el diagnóstico, parece razonable comenzar con un tratamiento empírico de esta condición. El autor encontró un artículo en que se demostró una reducción en utilización de laboratorio y en tiempo de diagnóstico con el tratamiento empírico de secreción postnasal como manejo inicial. En el caso del manejo empírico del reflujo gastroesofágico, el autor cita dos estudios que muestran resultados variables en cuanto a resolución de la tos en pacientes con reflujo demostrado y tratados con omeprazol o inhibidores de H₂. Se sugiere que la pH metría de 24 horas podría reservarse como segunda opción en el caso que la tos no responda al tratamiento empírico. No se encontraron estudios sobre el tratamiento empírico de asma. Por último el momento óptimo para la radiografía de tórax está por decidir, ya que a pesar de que el protocolo diagnóstico exige radiografía inicial, el autor cita un estudio en que el protocolo retrasó el estudio radiográfico por dos semanas, reduciendo su uso en un 50% con resultados similares a los estudios previos. Se concluye por la evidencia que en primera etapa deben eliminarse los agentes externos como tabaco y inhibidores de ECA, luego tratar empíricamente por secreción postnasal crónica, asma y reflujo gastroesofágico, en ese orden.