



PEDIATRICS 2012;130:e1471-78

Padres fumadores en el auto, en presencia de niños

Parents smoking in their cars with children present

Nabi-Burza E, Regan S, Drehmer J, Ossip D, Rigotti N, Hipple B, Dempsey J, Hall N, Friebely J, Weiley V, Winickoff JP.

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia y los factores asociados con normas estrictas sobre auto libre de humo, entre padres fumadores.

Métodos: como parte de un estudio aleatorizado, controlado, por grupos, dirigido al tabaquismo familiar, se realizaron entrevistas a los padres a la salida de los controles pediátricos. Se preguntó a los padres fumadores la conducta en su auto y si habían recibido asesoramiento sobre mantener el auto libre de humo durante el control pediátrico. Se consideró que los padres tenían "normas estrictas sobre auto libre de humo", si informaban tener una política de auto libre de humo y nadie había fumado en el auto en los 3 meses anteriores.

Resultados: de 981 padres fumadores, 817 (83%) tenían auto. De estos, 795 contestaron las preguntas sobre su política con respecto a fumar en el auto. De los 795 padres, 29% dijeron tener una política de auto libre de humo, y 24% tenían normas estrictas de auto libre de humo. De los 562 padres sin política de auto libre de humo, 48% dijeron haber fumado con los niños presentes. Pocos padres fumadores (12%) fueron asesorados sobre tener un auto libre de humo. La regresión logística multivariada controlando por edad del padre, género, educación y etnia, mostró que tener un niño más pequeño y fumar ≤ 10 cigarrillos por día estuvieron asociados con tener normas estrictas de auto libre de humo.

Conclusiones: la mayoría de los padres fumadores expusieron sus hijos al humo de tabaco en el auto. Esto, junto con el hallazgo del bajo índice de pediatras que se ocuparon del tabaquismo en el auto, enfatiza la necesidad de mejorar las intervenciones pediátricas, las campañas de salud pública y las normas con respecto a las leyes sobre autos libres de humo para proteger a los niños del humo de tabaco.

Comentario

En 2005, el convenio marco para el control del tabaco a nivel mundial de la OMS, propuso advertir sobre los perjuicios de la exposición activa o pasiva al humo de tabaco y respetar los espacios libres de humo. No hay ninguna exposición al humo que sea inocua y deberíamos tener tolerancia cero, en especial ante los más vulnerables, que son los niños.

Estos se perjudican si inhalan el humo del tabaco pero también si están expuestos al tabaquismo de tercera mano, es decir, al contacto con partículas que permanecen adheridas durante dos semanas más al cabello, a la ropa, a los muebles, alfombras o cortinas, luego que se apagó el cigarrillo. El hogar libre de humo debe complementarse con el auto libre de humo.

Argentina adhiere a la Campaña Mundial de Control del Tabaco. En 2012, una encuesta oficial mostró un 22,8% de adultos fumadores, con un leve descenso con respecto a años anteriores. La Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco promueve interrogar sobre el consumo de tabaco, alentar la cesación del tabaquismo y orientar cómo hacerlo. Esta intervención breve debiera llevar unos pocos minutos de la consulta.

En el trabajo de Nabi-Burza y col., se observa que sólo el 21% de los padres fumadores fueron interrogados en la visita pediátrica sobre su hábito de fumar, y menos aún, (14%), sobre su actitud en el auto. Llamó la atención que 2 de cada 3 padres con normas estrictas en el hogar, no las tuvieran para el auto.

A pesar de la brevedad que caracteriza la consulta pediátrica en el sistema de salud actual, debe tenerse presente esta intervención porque la repercusión en términos de salud de la exposición de los niños al tabaco se traduce en enfermedades a corto y largo plazo y en mayor riesgo futuro de adicción al tabaquismo.

Norma Rossato

Servicio de Neonatología
Sanatorio de la Trinidad Palermo

N ENGL J MED 2012; 366:2368-79

Tres esquemas de tratamiento antirretroviral post parto para prevenir la transmisión intraparto de la infección por VIH

Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection

Nielsen-Saines K, Watts H, Veloso VG, Bryson YJ, et al.

Resumen

Antecedentes: No se ha aclarado la seguridad y eficacia de agregar drogas antirretrovirales (ARV) a la profilaxis estándar con zidovudina (AZT), en niños de madres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que no recibieron tratamiento ARV prenatal debido al diagnóstico tardío.

Métodos: Dentro de las 48 h del nacimiento asignamos en forma aleatoria a niños alimentados con fórmula, nacidos de madres con diagnóstico periparto de infección por VIH-1, uno de tres regímenes: AZT 6 semanas (grupo zidovudina sola), AZT 6 semanas más 3 dosis de nevirapina durante los primeros 8 días de vida (grupo de dos drogas) y AZT 6 semanas más nelfinavir y lamivudina 2 semanas (grupo de tres drogas). El resultado primario fue infección por VIH-1 a los 3 meses en niños no infectados al nacer.

Resultados: Se enrolaron 1684 niños en América y Sud África (566 en el grupo AZT, 562 en el grupo de dos drogas y 556 en el grupo de tres drogas). La tasa global de transmisión intrauterina del VIH-1 en base a los estimados de Kaplan-Meier fue 5,7% (93 niños) sin diferencias significativas entre los grupos. La transmisión intraparto se produjo en 24 niños en el grupo de AZT sola (4,5%; 95% IC 3,2 a 7,1) comparado con 11 niños en el grupo de dos drogas (2,2%; 95% IC, 1,2 a 3,9; P= 0,046) y 12 en el grupo de tres drogas (2,4%; 95% IC, 1,4 a 4,3; P= 0,046). La tasa de transmisión global fue 8,5% (140 niños) con un aumento de la tasa en el grupo de AZT sola (P= 0,03 para las comparaciones con los grupos de dos y tres drogas). En el análisis multivariado, la monoterapia con AZT, una mayor carga viral materna y el uso de sustancias ilegales por parte de la madre, estuvieron asociadas con la transmisión en forma significativa. La tasa de neutropenia estuvo aumentada en forma significativa en el grupo de tres drogas (P <0,001) comparando con los otros dos grupos.

Conclusiones: En los recién nacidos cuyas madres no recibieron AZT durante el embarazo, la profilaxis con un esquema de dos o tres drogas antirretrovirales es superior a AZT sola para la prevención de la transmisión intraparto del VIH. El esquema de dos drogas presenta una menor toxicidad que el de tres.

Comentario

En 1994, Connor y colaboradores publicaron en el New England Journal of Medicine un estudio cla-

ve para lograr la reducción de la transmisión vertical de la infección por VIH: la administración de zidovudina a la embarazada durante la gestación y el parto y al recién nacido durante 6 semanas reducía del 25,5 al 8,3 el porcentaje de bebés infectados. Estudios posteriores mostraron que también se reducía la transmisión cuando se administraban antirretrovirales sólo al recién nacido, actuando en forma preventiva sobre aquellos niños contaminados en el momento del parto. El trabajo de Nielsen-Saines y col. busca el esquema antirretroviral óptimo para este grupo de pacientes. Con un protocolo que incluyó un número importante de recién nacidos de países en vías de desarrollo, hallaron que el agregado de 3 dosis de Nevirapina al AZT, reduce en forma significativa la transmisión intraparto del VIH, sin aumentar la toxicidad. En nuestro país, la aplicación a partir de 1996 de las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH (protocolo ACTG 076) es responsable de la disminución sostenida en el número de casos de transmisión vertical que se observa desde 1997. Una debilidad en el sistema de salud detiene la tendencia decreciente: el gran número de embarazadas que llegan al parto sin controles previos. A pesar de ello, más del 99% de los partos son atendidos por médicos u obstétricas, por lo cual está vigente la importancia de realizar el estudio diagnóstico rápido a la embarazada que llega en trabajo de parto y administrar la profilaxis a los hijos de madres VIH positivas.

Dra. M. Susana Rodríguez

Clínica Pediátrica

Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan"

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.

PEDIATRICS 2012;129:1150

El impacto del genoma en la investigación y clínica pediátrica

The impact of genomics on pediatric research and medicine

Connolly JJ and Hakonarson H.

Resumen

En esta revisión, se discuten algunos de los desarrollos más recientes en investigación genómi-

ca y su relevancia en el campo de la pediatría. En particular, examinamos tres enfoques principales que se están utilizando para identificar correlaciones genéticas de la enfermedad: estudios de asociación de todo el genoma, estudios de la variación del número de copias, y la secuenciación de la próxima generación. En los últimos años, estos enfoques han dado ideas importantes sobre las causas y la patofisiología de una amplia gama de enfermedades, aunque también se ven restringidos por ciertas limitaciones. Esta revisión ofrece una visión general del panorama genómico en enfermedades pediátricas complejas y prepara el escenario para trasladar los nuevos descubrimientos a la práctica clínica, el futuro de la medicina genómica.

Comentario

En las últimas décadas, el desarrollo tecnológico en el campo de la genética ha permitido un avance exponencial del conocimiento de nuestro genoma.

La metodología descrita en el artículo y muchas otras de las cuales disponemos en la actualidad, con gran poder estadístico, nos brindan enorme cantidad de datos sobre secuencias de ADN que, en muchos casos, desconocemos su función y el valor terapéutico que puedan tener, en definitiva, no sabemos cómo interpretar y/o correlacionar con la clínica. Así mismo, cada día se descubren nuevos genes o polimorfismos, asociados a distintas patologías y a la respuesta metabólica a medicamentos. Sin lugar a dudas, estamos iniciando la era de la medicina personalizada, pudiéndose desarrollar nuevas terapias, basadas en el perfil genético de cada paciente.

Pero aún nos falta recorrer un largo camino (¿sin fin?), en el cual, "los progresos científicos y los beneficios resultantes deben compartirse con la sociedad en su conjunto" (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, 2005), ayudando al aceleramiento de las investigaciones.

Actualmente, se están desarrollando nuevos proyectos como Exoma y Varioma Humano, en los cuales la complejidad de la información que se obtiene requiere de profesionales altamente entrenados en distintas disciplinas como biología molecular, biotecnología, bioestadística, bioinformática, matemática, etc. Conjuntamente, debemos considerar que por encima (o alrededor) de la genómica esta también la epigenómica, la transcriptómica, la proteómica y la metabolómica... y todo ello, a su vez es modulado por el ambiente.

La variabilidad genética es tan grande como el número de personas que habitan este planeta: cada ser hu-

mano que nace representa algo nuevo y original. Y si no fuese por esta variabilidad "la medicina sería solo ciencia y no arte" (Osler, 1892).

Dra. María Ana Redal
Hospital Italiano de Buenos Aires

PEDIATR PULMONOL 2012 Nov 5.
doi: 10.1002/ppul.22720. [Epub ahead of print]

Efectos de la disminución de la exposición al combustible con biomasa, en los síntomas de apnea del sueño en los niños que viven en los Andes Peruanos. Un estudio de campo preliminar

Effect of reductions in biomass fuel exposure on symptoms of sleep apnea in children living in the Peruvian Andes: a preliminary field study

Jacqueline L. Castañeda, Leila Kheirandish-Gozal, David Gozal, Roberto A. Accinelli, et al.

Resumen

Antecedentes: Varios estudios evaluaron la prevalencia de apnea del sueño en la población pediátrica. La exposición ambiental al humo del cigarrillo aumenta el riesgo del ronquido habitual, pero ningún estudio hasta la fecha examinó la contribución de otras formas de contaminación en casas donde habitan niños.

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas asociados con la apnea del sueño en niños expuestos a las tradicionales estufas de leña y evaluar si disminuyen después de implementar estufas con menos contaminantes ambientales.

Materiales y métodos: Los residentes de Chucllapampa, Sayhuapata y Alparcuna en provincia de Cangallo, departamento de Ayacucho, Perú fueron encuestados en dos ocasiones dentro de los 12 meses antes y después de la instalación de una estufa de leña mejorada Inkawasi. La frecuencia de síntomas asociados con apnea del sueño se evaluó en todos los niños <15 años de edad utilizando un cuestionario previamente validado.

Resultados: Los padres de 59 niños (62,7% varones, media de edad 7,76 ± 4,2 años) fueron entrevistados. Representaban > 97% de los niños que viven en esos pueblos. Los síntomas más frecuentes fueron despertares nocturnos, ronquidos, movimientos repetitivos durante el sueño, congestión nasal y dolor de garganta. Después

de instalar estufas mejoradas en los hogares, hubo una disminución significativa de los síntomas durante el sueño: ronquidos (52,5% vs. 18,2%, $P < 0,0001$), congestión nasal (33,9% vs. 1,8%, $P < 0,0001$), hiperactividad (28,8% vs. 3,8%, $P < 0,002$), despertares nocturnos (42,4% vs. 1,7%, $P < 0,0001$), dolor de garganta (38,2% vs. 5,5% $p < 0,0001$), respirar por la boca durante el día (33,9% vs. 1,8%, $P < 0,001$), somnolencia diurna (21,1% vs. 1,8%, $P < 0,003$), y quedarse dormido en la escuela (14,6% frente a 0%, $P < 0,03$).

Conclusiones: Los niños expuestos a las tradicionales estufas de combustible biomasa tenían una mayor frecuencia de síntomas relacionados con la apnea del sueño, que disminuyeron significativamente con la reducción de la contaminación biomasa.

Comentario

El ronquido habitual representa una condición frecuente en los niños en edad escolar, siendo uno de los signos patognomónicos de apneas obstructivas del sueño (AOS). Otros síntomas asociados a AOS que alteran el patrón normal del sueño pueden provocar trastornos conductuales y del aprendizaje, aun en ausencia de apnea.¹ Si bien se reconoce asociación con ciertos factores predisponentes, especialmente con la exposición al humo de tabaco, se desconoce el impacto de la contaminación del aire intradomiciliario en AOS.

El ser humano transcurre la mayor parte del día en ambientes cerrados, por lo que la calidad del aire intradomiciliario es fundamental para la salud. El uso de biomasa como combustible en el hogar es la principal causa de contaminación del aire. Más de la mitad de la población mundial utiliza biomasa en cocinas convencionales muy ineficientes, que liberan gran cantidad de gases y material particulado que ponen en riesgo la salud, siendo los niños los más vulnerables. En zonas rurales de distintas partes del mundo las personas expuestas a la combustión con biomasa refieren síntomas respiratorios y la exposición crónica a humo de leña ha sido fuertemente asociada a EPOC y otras enfermedades (cáncer, asma, infecciones respiratorias, oftalmopatías, alteraciones gestacionales, etc.).²

Este trabajo de campo realizado en una comunidad rural a 3000 m de altura en Perú, además de demostrar la asociación entre la exposición a combustión con biomasa y la presencia de síntomas AOS en los niños, expone claramente cómo una intervención que mejora el diseño de combustión de las cocinas, disminuye significativamente los síntomas. La implementación de los nuevos modelos de cocinas, constituyen una alternativa muy valiosa para disminuir la exposición al humo

de la combustión, en zonas en las que sería muy costoso y casi imposible utilizar otro tipo de energía.

Dra. Stella Gil

Hospital de Pediatría Pedro de Elizalde
Buenos Aires

1. Ersu R, Arman AR, Save D, Karadag B, et al. Prevalence of snoring and symptoms of sleepdisordered breathing in primary school children in Istanbul. *Chest* 2004;126:19-24.
2. Accinelli R, Ishii CH, Cordova E, Sanchez M, et al. Efecto de los combustibles de biomasa en el aparato respiratorio: impacto del cambio de cocinas con diseño mejorado. *Rev Soc Peruana Neumol* 2004;48: 138-44.

PEDIATRICS 2012;130:e1512-19

Supresión del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal en niños asmáticos en edad escolar

Hypothalamic-pituitary-adrenal axis
supresión in asthmatic school children

Zollner E, Lombard C, Hough S, Irusen E, Weinberg E.

Resumen

Fundamentos y objetivo: La supresión del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (SEHHA) en el tratamiento de niños con corticosteroides se supone que es raro. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia y los factores predictivos para diversos grados de SEHHA.

Métodos: Las características clínicas de la SEHHA, las dosis, el cumplimiento, la puntuación de gravedad del asma y las funciones pulmonares, fueron registradas en 143 niños asmáticos. La prueba con metirapona durante la noche se realizó, si el cortisol a la mañana era de 0,83 nmol/L. Los coeficientes de correlación de Spearman (r) y cada variable continua se calcularon después de tres pruebas post metirapona. Se desarrollaron un modelo de regresión lineal múltiple post metirapona de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y un modelo de regresión logística para SEHHA.

Resultados: una hipocortisolemia fue observada en el 6,1% (01,08 a 10,05), supresión hipotalámica pituitaria (SHP) en el 22,2% (14,5-29,9), supresión adrenal en 32,3% (23,7-40,9), SEHHA en un 16,3% (9,3-23,3), y cualquiera disfunción del eje adrenal hipotalámico pituitario en un 65,1% (56,5 a 72,9). El registro diario de esteroides inhalados

dosis/m² se asoció con SEHHA en la regresión logística (odds ratio= 3,7 [intervalo de confianza del 95%: 1,1-13,6]). La dosis diaria de corticosteroides inhalados fue predictor de SEHHA en el modelo de regresión logística univariado (p= 0,038). El volumen espiratorio forzado en 1 segundo/capacidad vital forzada, se asoció con SEHHA en el 80% (odds ratio= 4,1 [intervalo de confianza del 95%: 1,0-14,8]). La dosis diaria de corticosteroides inhalados se correlacionó con la ACTH post metirapona (r= 20,29, P= 0,001). IMC (p= 0,048) y el porcentaje de la adhesión a corticoides inhalados (P < 0,001) y el uso de corticoides nasales (P= 0,002) fueron predictores de \sqrt post metirapona ACTH (R²= 0,176).

Conclusiones: Dos tercios de los niños que toman corticoides pueden tener disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. En un tercio la función se recuperó, pero persiste la supresión adrenal. Factores predictivos para la supresión del eje fueron el uso de corticoides nasales e inhalados y la adhesión a ambos tratamientos.

Comentario

La insuficiencia adrenal representa una conocida complicación en pacientes expuestos a corticoterapia oral prolongada. Si bien aun existen algunas controversias acerca de la presencia de la misma en pacientes que utilizan corticoides inhalados, cada vez más trabajos están logrando demostrar en los pacientes que reciben corticoides inhalados la presencia de supresión adrenal, dependiendo dicha inhibición del corticoide administrado y la dosis utilizada (por ejemplo, más de de 500 μ g/día para fluticasona).

Este trabajo coincide con la prevalencia estimada de otros autores (20-25%), siendo uno de los aportes más importantes que realiza el estudio la información adicional sobre alteraciones subclínicas del eje adrenal. En este punto hay que tener presente que en el estudio solo una pequeña proporción de los pacientes que presentaron niveles plasmáticos de cortisol bajo presentaron sintomatología relacionable con insuficiencia suprarrenal.

El otro punto de interés del estudio radica en la definición de población de riesgo: aquellos que utilizaron dosis diarias más elevadas de CI, IMC, uso concomitante de corticoides nasales y la adhesión al tratamiento.

En base a la información que aporta este estudio y otros resultados publicados consistentes con los de este estudio es importante considerar la posibilidad de insuficiencia adrenal en niños que reciben corticoides inhalados. Es importante tomar las medidas necesarias

para su diagnóstico oportuno y su tratamiento, incluyendo pautas para la profilaxis en situaciones de estrés.

Dr. Oscar Brunetto

División Endocrinología

Hospital Gral. del Niños Pedro de Elizalde

- Ahmet A, Kim H, Spier S. Adrenal supresión. A practical guide to screening and management of this under recognized complication of inhaled corticoid therapy. *Allerg Asth Clin Immunol* 2011;7:13.
- Moghaddam K, Rashidi N, Meybodi H, Rezaie N, Montazeri M. The effect of inhaled corticosteroids on hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Indian J Pharmacol* 2012;44(3):314-18.

JAMA 2012;307(4):373-81

Lansoprazol para niños con asma no controlada. Estudio controlado aleatorizado

Lansoprazole for children with poorly controlled asthma. A randomized controlled trial

Holbrook JT et al.

Resumen

Contexto: El reflujo gastroesofágico (RGE) asintomático es frecuente en los niños con asma. Se ha postulado que si no se trata es causa de control inadecuado del asma en niños a pesar del tratamiento con corticosteroides inhalados. Sin embargo, no se sabe si el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones mejora el control del asma.

Objetivo: Determinar si el lansoprazol es eficaz para reducir los síntomas del asma en niños sin RGE manifiesto.

Diseño, lugar y participantes: Estudio aleatorizado, enmascarado, controlado con placebo, ensayo clínico paralelo. Se comparó el lansoprazol con placebo en niños con inadecuado control del asma que recibían tratamiento con corticosteroides inhalados. Un total de 306 niños fueron enrolados desde abril de 2007 hasta septiembre de 2010 en 19 centros clínicos académicos en EE.UU. y fueron seguidos durante 24 semanas. Un subgrupo tenía un estudio del pH esofágico antes de la aleatorización.

Intervención: Los niños participantes fueron asignados al azar para recibir lansoprazol, 15 mg/

día si pesaban menos de 30 kg o 30 mg/día si pesaban 30 kg o más (n= 149), o placebo (n= 157).

Medida principal de resultado: El cambio en el control del asma evaluado con el *Asthma Control Questionnaire* (ACQ) que tiene un puntaje con un rango de 0 a 6 y el cambio de 0,5 unidad se considera clínicamente significativo.

Medidas de resultado secundarias: Incluyeron evaluación de la función pulmonar, la calidad de vida relacionada con asma y los episodios de inadecuado control del asma.

Resultados: La edad media fue de 11 años (DE, 3 años). La diferencia media en el cambio (lansoprazol menos placebo) en la puntuación ACQ fue de 0,2 unidades (IC 95%, 0,0-0,3 unidades). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la diferencia media en el cambio de los resultados secundarios del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (0,0 L; IC 95%, -0,1 a 0,1 L), el asma relacionados con la calidad de vida (-0,1, IC 95%, -0,3 a 0,1), y la tasa de episodios de mal control del asma (riesgo relativo: 1,2, IC 95%, 0,9-1,5). Entre los 115 niños con estudios de pH esofágico, la prevalencia de RGE fue del 43%. En este subgrupo no se observó ninguna diferencia en los resultados del asma entre los niños que recibieron lansoprazol vs. placebo. Los niños tratados con lansoprazol presentaron más infecciones respiratorias (riesgo relativo, 1,3 [IC 95%, 1,1-1,6]).

Conclusión: En este estudio de niños con asma mal controlada sin síntomas de RGE que utilizaban corticoides inhalados, la administración de lansoprazol en comparación con placebo, no mejoró ni los síntomas ni la función pulmonar, pero se asoció con aumento de eventos adversos.

Comentario

*El asma y el reflujo gastroesofágico (RGE) son patologías habituales que frecuentemente coexisten. Entre el 32 al 84% de los asmáticos presentan RGE y más de la mitad son asintomáticos. La exacta naturaleza de la asociación entre asma y RGE y su eventual relación causal aún se desconocen.*¹

En 2007, el Instituto Nacional de la Salud (Natio-

*nal Intitute of Health) de EE.UU., basado en estudios en poblaciones de adultos donde se observaba mejoría del asma con el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), recomendó tratar el RGE en pacientes sintomáticos con asma no controlada.*² En 2009 el estudio SARA (*Study of Acid Reflux and Asthma*) concluyó que el RGE asintomático no se asoció a falta de control del asma y su tratamiento no influyó en su evolución.¹

*En el presente estudio de Holbrook, metodológicamente apropiado, niños con asma no controlada con corticoides inhalados (CI), sin síntomas de RGE, continuaron sin control del asma a pesar del tratamiento con lansoprazol. Se describen además efectos adversos relacionados con los IBP como aumento de las infecciones respiratorias coincidiendo con datos publicados que reportan mayor frecuencia de neumonía en este grupo de pacientes.*³ También se observaron fracturas asociadas con el tratamiento en una proporción de 6 a 1 versus placebo aunque sin alcanzar significación estadística.

*Los niños con asma reciben tratamientos para el RGE hasta 8 veces más que los niños no asmáticos.*³ Teniendo en cuenta la falta de beneficios tangibles del tratamiento del RGE asintomático y considerando el riesgo de efectos adversos, debe desaconsejarse y desalentarse el uso generalizado de IBP en pacientes con asma no controlada.³ Es necesario revisar primero otros aspectos frecuentemente asociados al asma no controlada como el uso (correcto) de los CI.

Dra. Verónica Giubergia

Servicio de Neumonología

Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Buenos Aires

1. Mastronarde JG, Anthonisen NR, Castro M, Holbrook JT, et al. American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Efficacy of esomeprazole for treatment of poorly controlled asthma. *N Engl J Med* 2009;360(15):1487-99.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Heart, Lung and Blood Institute; 2007.
3. Martinez FD. Children, asthma, and proton pump inhibitors. *JAMA* 2012; 304:406-407.