

UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN NIÑOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE LAS PRESCRIPCIONES *OFF-LABEL*

Blanco-Reina, Medina-Claros, Vega-Jiménez, Ocaña-Riola, Márquez-Romero, Á. Ruiz-Extremera

Med Intensiva. 2016;40:1-8 - Vol. 40 Núm.1

Evaluar los usos *off-label* (fuera de ficha técnica [FT]) y *unlicensed* (medicamentos no autorizados específicamente para niños) en cuidados intensivos neonatales y pediátricos.

Metodología

Se realizó un estudio transversal en la UCINP (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos) de un hospital público de tercer nivel de Granada, incluyéndose a todos los niños en los que se indicara al menos un tratamiento farmacológico, mediante reclutamiento consecutivo, y durante un periodo de 5 meses (N=81). Las variables recogidas fueron sociodemográficas, clínicas, y medicación. Todas las prescripciones fueron clasificadas a partir de la información contenida en FT sobre uso en niños.

Resultados

Hubo un total de 601 prescripciones, con una media de $7,4 \pm 6$ medicamentos por niño. Los fármacos más empleados pertenecían a los grupos J (antiinfecciosos), N (sistema nervioso) y C (cardiovascular). Algo más de la mitad

de las prescripciones fueron *off-label* (52%), fundamentalmente por emplear una dosificación distinta de la recomendada en FT (79%), seguida de diferente indicación (13,5%), edad (5%) y vía de administración (2,5%). El uso de medicamentos no específicamente autorizados en niños solo supuso el 5% de las prescripciones.

Conclusiones

El presente estudio aporta datos sobre este tipo de prescripciones en una UCINP española. Pone de manifiesto que el 89% de los niños tiene al menos una prescripción fuera de FT y un 22,3% al menos un uso de fármaco no autorizado para niños. Cifras elevadas, pero justificables dentro del ámbito de unos cuidados intensivos que, además, incluyen neonatos. Pero aunque muchos de los tratamientos estén protocolizados, sería deseable mejorar la evidencia disponible, así como actualizar las FT.

Palabras clave

Cuidados intensivos, Usos *off-label*, Fármacos no autorizados, Niños, Neonatos

EFFECTIVIDAD Y PREDICTORES DE FRACASO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

F. Martín-González, J. González-Robledo, F. Sánchez-Hernández, M.N. Moreno-García, I. Barreda-Mellado

Med Intensiva. 2016;40:9-17 - Vol. 40 Núm.1

Objetivo

Evaluar la efectividad e identificar predictores de fracaso de la ventilación mecánica no invasiva en la insuficiencia respiratoria aguda.

Diseño

Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo.

Ámbito

Pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda.

Pacientes

Un total de 410 pacientes (muestra consecutiva) tratados mediante ventilación mecánica no invasiva en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario terciario entre 2006 y 2011.

Intervenciones

Ventilación mecánica no invasiva.

Variables principales de interés

Variables demográficas, clínicas y analíticas desde el inicio de la ventilación mecánica no invasiva y 2h después. Variables evolutivas durante el ingreso en la unidad y hasta el alta hospitalaria.

Resultados

El fracaso fue del 50%, y la mortalidad global del 33%. Un total de 156 pacientes presentaban insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, 87 insuficiencia respiratoria postextubación, 78 reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 61 insuficiencia respiratoria hipercápnica sin enfermedad pulmonar

obstructiva crónica y 28 edema pulmonar agudo cardiogénico. El fracaso fue del 74, del 54, del 27, del 31 y del 21%, respectivamente. El tipo de insuficiencia respiratoria, la bilirrubina sérica al inicio, APACHEII, la existencia de hallazgos radiológicos, la necesidad de sedación para tolerarla y los cambios en el nivel de consciencia, ratio PaO₂/FiO₂, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca entre el inicio y 2h después se asociaron con el fracaso.

Conclusiones

La efectividad de la técnica varió dependiendo del tipo de insuficiencia respiratoria. Su uso en la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y la insuficiencia respiratoria postextubación debería valorarse individualmente. Los predictores de fracaso podrían ser útiles para prevenir el retraso en la intubación orotraqueal.

Palabras clave

Insuficiencia respiratoria aguda, Ventilación mecánica no invasiva, EPOC, Insuficiencia respiratoria postextubación.

¿REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y EL CONTROL DEL ASMA ES PEOR EN LOS NIÑOS OBESOS: UN CASO DE ATRIBUCIÓN ERRÓNEA DE LOS SÍNTOMAS?

Jason E Lang, Jobayer Hossain, Janet T Holbrook, W Gerald Teague, Benjamin D Gold, Robert A Wise, John J Lima.

Thorax 2016;71:238-246

Antecedentes Los niños obesos por razones desconocidas reportan síntomas de asma mayores. El asma y la obesidad ambos se asocian de forma independiente con síntomas de reflujo gastro-esofágico (RGA). Determinar si la obesidad afecta a la relación entre el asma y la GORS ayudará a dilucidar el fenotipo de obesidad-asma.

Objetivo Extender nuestro trabajo previo para determinar el grado de asociación entre la GORS y el fenotipo de asma.

Métodos Se realizó un estudio transversal de (índice de 20% -65% de masa corporal, IMC) delgados y obesos los niños ($\geq 95\%$ IMC) con edades de 10-17 años de edad, con persistente, asma de aparición temprana. Los participantes

aportaron con cuestionarios demográficos, GORS y de asma y datos de la función pulmonar. Determinamos las asociaciones entre el estado de peso, GORS y los resultados del asma utilizando regresión lineal multivariable y logística. Los hallazgos fueron replicados en una segunda cohorte bien caracterizada de niños asmáticos.

Resultados Los niños obesos tenían siete veces más altas probabilidades de dar cuenta múltiples GORS (OR = 7,7, IC 95%: 1.9 a la 31,0, valor de $p = 0,004$ interacción). Los síntomas del asma están estrechamente asociados con las puntuaciones GORS en pacientes obesos ($r = 0,815$, $p < 0,0001$), pero no en delgados ($r = 0,291$, $p = 0,200$; p valor interacción = 0,003). Puntajes GORS más altos asociados con una mayor FEV1-por ciento