

Buenos Aires 24 de Noviembre del 2004

Dra. Margarita Vitacco
Directora de la Revista Medicina Infantil
S/D

Nos dirigimos a Ud. con el objetivo de expresar nuestra opinión sobre el artículo: "Uso de un compuesto a base de gel de hidróxido de bismuto coloidal con pectina en la diarrea aguda" publicado en la Revista Medicina Infantil, en el Vol. XI N° 3 de sep 2004.

La diarrea aguda en la infancia es aun hoy una causa importante de mortalidad en los países en desarrollo y de morbilidad en los países desarrollados. Las sales de rehidratación oral (TRHO) cambiaron radicalmente su pronóstico y son en la actualidad uno de los pilares de su tratamiento, junto con la realimentación precoz.

A pesar de esto el TRHO tiene limitaciones, relacionadas fundamentalmente con su falta de efecto sobre el volumen de las pérdidas por materia fecal. Un pequeño porcentaje de pacientes con altas pérdidas requiere aún tratamiento de hidratación intravenoso.

Por otro lado, la persistencia de la diarrea dificulta la adherencia al tratamiento y favorece la búsqueda de terapias alternativas por parte de algunos cuidadores. Estas prácticas resultan, en el mejor de los casos un gasto innecesario, y en otros aumentan el riesgo de complicaciones.

Otro tema no resuelto es la diarrea prolongada y la desnutrición con la que se asocia. Esta situación hace deseable el desarrollo de terapias adyuvantes que permitan disminuir el volumen y duración de esta patología.

Estudios experimentales hacen del subsalicilato de bismuto una opción interesante a ser investigada en la practica clínica. En este sentido los estu-

dios realizados hasta el momento muestran resultados controvertidos.

Dada la prevalencia de la diarrea aguda y las características socioeconómicas de la población más afectada, resulta fundamental que los ensayos clínicos evalúen variables clínicamente relevantes que permitan realizar análisis de costo/beneficio.

El trabajo de la Dra. Leja y col hace un interesante análisis del impacto del uso de bismuto en las características y frecuencia de las deposiciones de niños menores de dos años con diarrea aguda.

Sin embargo, no quedan claras algunas cuestiones metodológicas como: sobre que población fue seleccionada la muestra, porque se utilizó una reducción de riesgo del 37% para el cálculo de tamaño muestral y como se objetivó la mejoría clínica. En la Tabla 1 no se compara entre los dos grupos, el estado de hidratación y nutricional, el medio socioeconómico, las características o volumen de las deposiciones, el tiempo de hidratación, ni los volúmenes de soluciones requeridos, todas variables que pueden influir en el resultado.

Por otro lado la elección del número de deposiciones como evento primario de resultado, no parece ser el más adecuado, por su baja relevancia clínica. Las conclusiones del trabajo no tienen en cuenta el único resultado con significación estadística en el análisis multivariado que es "horas transcurridas entre el comienzo de la diarrea y la consulta médica"

Creemos que mientras los investigadores no nos aporten nueva información sobre el tema, los pediatras responsables de la atención de los niños con diarrea aguda debemos concentrar nuestros esfuerzos en la standarizacion del tratamiento en base al TRHO y en la realimentación oportuna.

*Dra. Josefa Rodríguez
Dr. Carlos Figueroa*