



LS Eddy Ives. Pediatra. Directora Médico del Centro Médico San Ramón. Barcelona.

Reacciones adversas del montelukast en niños y adultos

Adverse drug reactions of montelukast in children and adults

Haarman MG, Hunsel Fv, Vries TW. *Pharma Res Per*, 5(5), 2017, e00341:

<https://doi.org/10.1002/prp2.341>

El montelukast, un antagonista selectivo del receptor de leucotrienos, se recomienda en las guías para el tratamiento del asma tanto en niños como en adultos. Sin embargo, su efectividad es debatida, y estudios recientes han reportado varios eventos adversos como trastornos neuropsiquiátricos y angeítis granulomatosa alérgica. El objetivo de este estudio fue obtener más información sobre el perfil de seguridad de montelukast y proporcionar a los médicos prescriptores una visión general de sus reacciones adversas, tanto en niños como en adultos. Se estudió retrospectivamente todas las reacciones adversas a montelukast reportados al *Netherlands Pharmacovigilance Center Lareb* y al base de datos mundial de la OMS, *VigiBase®* hasta 2016. La depresión fue reportada más frecuentemente en toda la población, a la base de datos global *VigiBase®* (odds-ratio (ROR) 6,93; IC del 95%: 6,5-7,4). En el *VigiBase®*, la agresión fue reportada más en los niños (ROR, 29.77, IC 95%: 27.5-32.2). Las cefaleas se informaron con mayor frecuencia en la base de datos holandesa (ROR, 2,26; IC del 95%: 1,61-3,19). Además, a menudo se reportaron pesadillas tanto para niños como para adultos a la base de datos holandesa y de la OMS. Ocho pacientes con angeítis granulomatosa alérgica fueron informados a la base de datos holandesa y 563 pacientes en el *VigiBase®*. Estos datos demuestran que el montelukast se asocia con reacciones neuropsiquiátricas adversas, como la depresión y la agresión. Especialmente en niños las pesadillas se reportan con frecuencia. La angeítis granulomatosa alérgica también fue reportada, pero no se ha establecido una relación causal.

Comparativa de eficacia y seguridad de la terapia conductual cognitiva y la farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en la infancia. Una revisión sistemática y metanálisis

Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders A Systematic Review and Meta-analysis.

Wang, Z; Whiteside, SPH; Sim, L; et al. *JAMA Pediatr.* 2017;171(11):1049-1056:

DOI: [10.1001/jamapediatrics.2017.3036](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036)

Pregunta. ¿Cuál es la efectividad comparativa de la terapia cognitiva conductual y la farmacoterapia para los trastornos de ansiedad infantiles?

Hallazgos. En esta revisión sistemática y metaanálisis, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) y la terapia cognitiva conductual (TCC) fueron todos efectivos para reducir los síntomas de ansiedad. El ISRS y el IRSN se asociaron con diversos eventos adversos que en su mayoría no fueron graves. **Significado.** La elección de los tratamientos debe basarse en los valores, las preferencias, la disponibilidad de los servicios y el perfil de efectos adversos.

Resumen

Importancia. La ansiedad infantil es común. Múltiples opciones de tratamiento están disponibles, pero las pautas existentes brindan consejos inconsistentes sobre qué tratamiento usar.

Objetivos. Evaluar la efectividad comparativa y los eventos adversos de la TCC y la farmacoterapia para los trastornos de ansiedad infantiles.

Procedencia de datos. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas y SciVerse Scopus desde el inicio de la base de datos hasta el 1 de febrero de 2017.

Selección de estudios. Se incluyeron estudios comparativos aleatorizados y no aleatorizados que reclutaron niños y adolescentes con diagnósticos confirmados de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada o ansiedad por separación y que recibieron TCC, farmacoterapia o la combinación.

Extracción y síntesis de datos. Los revisores independientes seleccionaron los estudios y extrajeron los datos. Se utilizó un metanálisis de efectos aleatorios para agrupar los datos.

Principales resultados y medidas. Síntomas de ansiedad primaria (medidos por el niño, el padre o el médico), remisión, respuesta y eventos adversos.

Resultados. Se incluyeron 7719 pacientes de 115 estudios. De estos, 4290 (55.6%) eran mujeres, y la edad media fue de 9.2 (5.4-16.1) años. En comparación con el placebo, los ISRS redujeron significativamente los síntomas de ansiedad primaria y el aumento de la remisión (riesgo relativo: 2,04; IC del 95%: 1,37-3,04) y la respuesta (riesgo relativo: 1,96; IC del 95%: 1,60-2,40). Los IRSN redujeron significativamente los síntomas de ansiedad primaria informados por el médico. Las benzodiazepinas y los tricíclicos no redujeron significativamente los síntomas de ansiedad. Cuando se comparó la TCC con la lista de espera / ningún tratamiento, la TCC mejoró significativamente los síntomas de ansiedad primaria, la remisión y la respuesta. La TCC redujo los síntomas de ansiedad primaria más que la fluoxetina y mejoró la remisión más que la sertralina. La combinación de sertralina y TCC redujo significativamente los síntomas de ansiedad primaria y la respuesta informados por el médico más que cualquier tratamiento solo. Las comparaciones cara a cara eran escasas y las estimaciones del metanálisis de red eran imprecisas. Los eventos adversos fueron comunes con medicamentos pero no con TCC y no fueron graves. Los estudios fueron demasiado pequeños o demasiado cortos para evaluar las tendencias suicidas con ISRS o IRSN. Un ensayo mostró un aumento estadísticamente no significativo en la ideación suicida con venlafaxina. La TCC se asoció con menos abandonos que con placebo o medicamentos.

Conclusiones y relevancia. La evidencia respalda la efectividad de la TCC y los ISRS para reducir los síntomas de ansiedad infantil. Los IRSN también parecen ser efectivos en base a evidencia menos consistente. Las comparaciones cara a cara entre diversos medicamentos y las comparaciones con TCC representan una necesidad de investigación en el campo.

Recomendaciones para la Prevención y el Control de la Influenza en Niños, 2017-2018. COMITÉ DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2017 – 2018. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES

Pediatrics, september 2017. From the American Academy of Pediatric. Policy Statement:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2017/09/01/peds.2017-2550.full.pdf>

1. La vacuna anual contra la influenza estacional se recomienda para todas las personas de 6 meses en adelante, incluidos niños y adolescentes, durante la temporada de influenza 2017-2018.
2. La temporada de influenza 2016-2017 fue moderada en general, y predominaron los virus de influenza A (H3N2).
3. La AAP continúa recomendando que la vacuna cuadrivalente de virus vivos atenuados (LAIV4) no sea utilizada en ningún entorno durante la temporada 2017-2018 debido a la baja efectividad contra los virus de influenza A (H1N1)pdm09 en los Estados Unidos en las últimas temporadas.
4. La vacunación sigue siendo la mejor medida preventiva disponible contra la influenza.
5. Tanto las vacunas inactivadas trivalentes como las tetravalentes están disponibles en los Estados Unidos para la temporada 2017-2018, siendo indistinto la preferencia para una u otra vacuna.
6. El número de dosis de la vacuna contra la influenza estacional que se administrarán en la temporada de influenza 2017-2018 depende de la edad del niño en el momento de la primera dosis administrada y del historial de vacunas. A partir de los 6 meses y menores de 9 años, la primera vez que se vacunan requieren dos dosis separados por un mínimo de 4 semanas.
7. Las oficinas pediátricas de vacunación pueden servir como un lugar alternativo para proporcionar la vacunación contra la influenza a los padres y otros proveedores de cuidado de niños, si la práctica es aceptable tanto para los pediatras como para los adultos que se van a vacunar.
8. Las mujeres embarazadas pueden recibir una vacuna contra la influenza en cualquier momento durante el embarazo.
9. En cuanto se dispone de las vacunas contra la influenza estacional, los pediatras o administradores de vacunas deberían promover su administración, notificando a los padres y cuidadores sobre la disponibilidad de las mismas y la importancia de la vacunación anual. Cuando sea posible, la vacunación debe realizarse para finales de octubre.
10. La vacunación puede seguir ofreciéndose hasta el 30 de junio de cada año. Es la fecha que marca el final de la temporada de influenza, ya que la influenza es impredecible.
11. Se recomienda a los profesionales de la salud, los organizadores de campañas de influenza y las agencias de salud pública a colaborar para desarrollar mejores estrategias de planificación, distribución, comunicación y administración de vacunas.
12. Los medicamentos antivirales son importantes en el control de la influenza, pero no son un sustituto de la vacunación contra la influenza.

Incidencia, manejo clínico y riesgo de mortalidad tras autolesiones entre niños y adolescentes: estudio de cohortes en atención primaria

Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care

Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, Kapur N, Ashcroft DM. *BMJ* 2017;359:j4351

<https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>

Objetivos. Examinar la incidencia de autolesiones en niños y adolescentes según sexo y edad, el patrón del manejo clínico y el riesgo de mortalidad tras un episodio de autolesión a una edad temprana.

Metodología. Estudio de cohortes poblacional. Para el análisis descriptivo, se examinaron datos pertenecientes a 16912 pacientes de entre 10 y 19 años que se autolesionaron durante 2001-14. Para el análisis de la mortalidad por causas específicas después de autolesionarse, 8638 pacientes procedentes de los registros de mortalidad del HES (hospital episode statistics) y del ONS (Office for National Statistics) fueron emparejados según edad, sexo y médico de familia con hasta 20 niños y adolescentes no afectados (n = 170 274).

Variables principales. En la primera fase, se examinó la incidencia anual según sexo y edad. En la segunda fase, el manejo clínico se evaluó de acuerdo con la probabilidad de derivación a servicios de salud mental y prescripción de drogas psicotrópicas. En la tercera fase, los riesgos relativos de mortalidad por todas las causas, muerte no natural (incluido el suicidio y la muerte accidental) e intoxicación aguda por consumo de alcohol o drogas fueron estimados como cocientes de riesgo en comparación con la muestra cohorte de no afectados.

Resultados. Se constató que la incidencia anual de autolesionarse aumentó en las niñas (37,4 por 10 000) en comparación con los niños (12,3 por 10 000), habiendo un aumento destacado del 68% en las niñas entre los 13 y 16 años, desde 45,9 por 10 000 en 2011 a 77,0 por 10 000 en 2014. Los niños y adolescentes que se autolesionaron tuvieron nueve veces más probabilidades de morir de forma no natural durante el seguimiento, con aumentos especialmente notables en los riesgos de suicidio (índice de riesgo ajustado de privación 17,5, intervalo de confianza del 95%: 7,6 a 40,5) e intoxicación aguda por alcohol o drogas (34,3, 10,2 a 115,7).

Conclusiones. Es una prioridad urgente para múltiples agencias públicas obtener una mejor comprensión de los mecanismos responsables del reciente aumento aparente en la incidencia de autolesiones en niñas durante la adolescencia temprana y media, siendo necesario iniciativas coordinadas para abordar las desigualdades en salud y en provisión de servicios para niños y adolescentes.