

¿Hay un cambio en la epidemiología de la enterocolitis necrotizante en prematuros menores de 33 semanas de edad gestacional?

Eduardo Cuestas (1)

(1) Servicio de Pediatría y Neonatología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

Referencia: Yee WH, Saraisham A, Shah VS, Aziz K, Yoon W, Lee SK, et al. Incidence and timing of presentation of necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Pediatrics* 2012; 129:e298-e304.

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una causa común de morbimortalidad en los recién nacidos prematuros. A pesar de los avances en los cuidados intensivos neonatales, la incidencia de ECN parece haberse incrementado y la mortalidad no haber variado mucho y es especialmente alta en los prematuros. Nuestro conocimiento de los predictores de ECN es bastante limitado hasta el presente y nuestra comprensión de por qué algunos pacientes prematuros desarrollan la enfermedad tempranamente y otros más tarde es demasiado escasa². Este trabajo que comentamos intenta echar un poco de claridad al respecto.

Se trata del seguimiento de una cohorte de 16669 neonatos menores de 33 semanas de edad gestacional, realizado por la Red Neonatal Canadiense (CNN), que incluye 25 unidades de cuidados intensivos neonatales. Los datos fueron extraídos directamente de las historias clínicas por personal entrenado a tal fin lo que parece asegurar su validez interna. Las variables a analizar se tomaron por definiciones estandarizadas del Manual de la CNN³. Se realizó un análisis univariado y otro multivariado para determinar factores de riesgo de NEC, se calculó la incidencia cruda y ajustada a edad gestacional, gravedad, Apgar, sexo, derivación y número de pequeños para la edad gestacional (PEG). Se dividieron los grupos de presentación precoz y tardía arbitrariamente antes y después de los 14 días. No se mencionan con claridad los criterios de inclusión, lo que puede conducir a una confusión especialmente en el grupo de prematuros que puede haber presentado síndrome de perforación espontánea. No se mencionan criterios de exclusión, lo que puede sobrerrepresentar patologías similares.

En el análisis univariado los factores de riesgo significativos fueron: más bajo peso de nacimiento, edad gestacional, Apgar a los 5 minutos, ser PEG, derivado, el uso de opiodes y corticoides posnatales, síndrome de distress respiratorio, persistencia del conducto arterioso tratado con indometacina, hemorragia intraventricular grado III o mayor. La presencia de NEC se asoció a mayor mortalidad. En cambio en el análisis multivariado las variables asociadas fueron: menor edad gestacional, PEG, derivación, opiodes y esteroides y la presencia de malformaciones congénitas. Las comparaciones

múltiples tienen el problema de lo que se conoce como paradoja de la lotería “no es igual la probabilidad de ganar la lotería comprando un solo billete que comprando 10”, implicando que la probabilidad de encontrar un resultado significativo es mayor, salvo que se realicen ajustes muy exigentes⁴.

Las variaciones en la incidencia entre los centros fueron notables, con una incidencia bruta de 5,1% (1,3 a 12,9%) y una ajustada a gravedad con una mediana ponderada de 4,6% encontrándose solo dos centros con una incidencia significativamente menor y seis con una mayor, lo que habla a las claras de un amplio rango de calidad, prácticas y ambientes epidemiológicos diversos.

El hallazgo más importante del trabajo fue encontrar que la presentación precoz (media 7 días) de NEC se asoció a mayor edad gestacional y a nacimiento vaginal comparado con los de presentación tardía (32 días) RN menores de 33 semanas. Por ende, paradójicamente a niños más saludables y maduros, posiblemente porque éstos fueron alimentados más rápido y con mayores volúmenes que los más prematuros y graves. Estos hallazgos coinciden plenamente con el notable trabajo de Gonzalez-Rivera y colaboradores, utilizando el modelo de incubación de Sartwell, que demuestra inequívocamente una relación inversa entre día de presentación de síntomas de NEC y edad gestacional⁵.

Ahora, la gran pregunta es cómo aplicamos estos hallazgos en la práctica clínica, ¿tendremos que modificar las pautas de alimentación en estos RN?, parece que aún hace falta más evidencia para realizar esto, realizando primero muy serios estudios de intervención con diferentes pautas “preventivas” alimentarias en los RN menores de 33 semanas más maduros y vigorosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee JH. An update on necrotizing enterocolitis: pathogenesis and preventive strategies. *Korean J Pediatr* 2011; 54:368-372.
2. Clark RH, Gordon P, Walker WM, Laughon M, Smith PB, Spitzer AR. Characteristics of patients who die of necrotizing enterocolitis. *J Perinatol* 2012; 32:199-201.
3. Yee WH, Saraisham A, Shah VS, Aziz K, Yoon W, Lee SK, et al. Incidence and timing of presentation of necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Pediatrics* 2012; 129:e298-e304.
4. Cuestas E. El problema de los objetivos y las comparaciones múltiples en la investigación médica. *Exp Med* 2011; 29:18-20.
5. Gonzalez-Rivera R, Culverhouse RC, Hamvas A, Tarr PI, Warner BB. The age of necrotizing enterocolitis onset: an application of Sartwells incubation period model. *J Perinatol* 2012; 31:519-523.

Correspondencia:

Eduardo Cuestas
Servicio de Pediatría y de Neonatología
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba
Naciones Unidas 346. CP 5016. Córdoba, Argentina
Te: +54 0351 4688200
Correo electrónico: ecuestas@hospitalprivadosa.com.ar