



CARTA AL EDITOR

¿Estamos haciendo lo mejor por nuestros pacientes con encefalopatía hipóxica isquémica?



Are we doing our best for our patients with hypoxic-ischaemic encephalopathy?

Sra. Editora:

La implementación de la hipotermia en la práctica clínica diaria de nuestro país en los últimos años ha seguido una proyección exponencial. Tagin et al.¹ en su metaanálisis apuntan que es necesario tratar entre 6 y 9 recién nacidos para evitar un caso de muerte o discapacidad grave, estableciendo claramente la relevancia clínica de este tratamiento. No menos cierto es que, de todos los pacientes tratados con hipotermia, el 45% morirán o tendrán discapacidad mayor. Estos resultados quedan muy lejos de ser aceptables, por lo que es necesario encontrar otras intervenciones terapéuticas que actúen sinérgica o sumativamente con la hipotermia.

En el estudio original del NICHD² de hipotermia versus normotermia, el grupo tratado con hipotermia presentó una mortalidad al alta del 19%. El mismo grupo publicó recientemente un estudio administrando hipotermia a distintas temperaturas y durante distintos periodos de tiempo³. En este, el grupo tratado con hipotermia a 33,5 °C durante 72 h, presenta una mortalidad al alta del 7%. Una explicación lógica a esta evolución sería que los centros participantes tienen una experiencia acumulada en el manejo de pacientes con hipotermia de más de 10 años y ello se transmite a su morbimortalidad. El comité de estándares de la SENEo recomienda centralizar los pacientes en hospitales de referencia de nivel III con capacidad de ofrecer las subespecialidades involucradas en el manejo y seguimiento de estos pacientes⁴. Algunos expertos incluso estiman que es necesario tratar a 8-9 pacientes al año para dar y mantener una calidad asistencial mínima.

La hipotermia terapéutica en los últimos años ha tenido una repercusión mediática importante al ser el primer tratamiento que demuestra un beneficio en estos pacientes. Esto ha hecho que muchos hospitales públicos y privados la incorporen a su cartera de servicios. Sirva como ejemplo Cataluña, donde se empezó ofreciendo en 3 hospitales y en estos momentos se ofrece en 11 centros (públicos y

privados). La incidencia de EHI en nuestro país parece que está descendiendo lentamente, por lo que dicho aumento en el número de centros que ofrecen esta terapia no se corresponde con un aumento del número de pacientes. Esto tiene implicaciones directas no solo en la calidad asistencial que reciben los pacientes tratados en centros donde atienden a menos de 8 al año (algunos entre 0-1 al año), sino también, en la dificultad que tenemos los centros que estamos buscando nuevas terapias para realizar ensayos clínicos por la dificultad en reclutar pacientes. Los estudios originales de hipotermia versus normotermia tardaron más de 8 años en obtener la evidencia que ahora utilizamos en la práctica clínica. Actualmente cada vez más pacientes son atendidos en centros donde no se realizan estudios y, por lo tanto, estos plazos se verán alargados.

Se trata de un problema de organización con implicaciones asistenciales, económicas, científicas, y sobre todo de calidad y seguridad con una potencial repercusión en el paciente.

Consideramos necesario que las comunidades científicas se posicionen al respecto, y que las autoridades sanitarias se impliquen en su organización por niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Tagin MA, Woolcott CG, Vincer MJ, Whyte RK, Stinson DA. Hypothermia for neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: An updated systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166:558-66.
2. Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, Tyson JE, McDonald SA, Donovan EF, et al., National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. *N Engl J Med.* 2005;353:1574-84.
3. Shankaran S, Laptook AR, Pappas A, McDonald SA, Das A, Tyson JE, et al. Effect of depth and duration of cooling on deaths in the NICU among neonates with hypoxic ischemic encephalopathy: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;312:2629-39.
4. Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxica-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr (Barc).* 2011;75:341.e1-20.

Héctor Boix

Servicio de Neonatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
Correo electrónico: hboix@vhebron.net