



Ciclo de Metodología Científica II-2019, Grupo 74

Glucocorticoterapia sistémica a dosis suprafisiológicas en niños: prácticas clínicas frente al tratamiento prolongado. Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2019.

Autoras/es:

Formento, Gabriel¹

García, Sofía¹

García, Erika¹

Gómez, Lucía¹

Guerra, Martina¹

Kalemkerian, Sofía¹

Tutores: Sophie Simon², Carlos Zunino³, Gustavo Giachetto⁴

Institución: Centro Hospitalario Pereira Rossell, Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina, Udelar - Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

¹ Estudiantes de Metodología II

² Profesora Adjunta. Magister. Escuela de Parteras. Facultad de Medicina Udelar

³ Profesor Adjunto. Clínica Pediátrica "C". Facultad de Medicina Udelar

⁴ Profesor Titular Clínica Pediátrica "C". Facultad de Medicina Udelar

ÍNDICE:

1- RESUMEN	2
2- INTRODUCCIÓN	3
3- OBJETIVOS	5
4- METODOLOGÍA	5
5- RESULTADOS	7
5.1- Análisis cuantitativo	7
5.2- Análisis cualitativo	10
6- DISCUSIÓN	14
7- CONCLUSIONES	18
8- BIBLIOGRAFÍA	19
9- ANEXOS	21

RESUMEN

El tratamiento prolongado con corticoides a dosis suprafisiológicas ha aumentado en los últimos años. El objetivo del trabajo fue conocer las prácticas de pediatras y subespecialistas pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) respecto a la monitorización del tratamiento prolongado con glucocorticoides sistémicos en niños y adolescentes con enfermedades crónicas. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante entrevistas semiestructuradas. Se utilizó metodología cuali-cuantitativa. Se incluyeron pediatras y subespecialistas en gastroenterología, reumatología, endocrinología, nefrología, neuropediatría y hematooncología. Se analizó el perfil del profesional entrevistado, la monitorización de efectos adversos y las estrategias para minimizar riesgos, la monitorización de adherencia al tratamiento, los criterios de suspensión de la glucocorticoterapia, y el rol de los pediatras en el seguimiento de estos pacientes.

Se entrevistaron 37 profesionales, 20 pediatras y 17 subespecialistas. Se encontró variedad en lo que respecta a prácticas clínicas de monitorización, prevención de efectos adversos y suspensión del tratamiento prolongado con glucocorticoides. Existen pocas recomendaciones basadas en evidencias locales y una insuficiente formación continua de los pediatras sobre estos temas, lo cual puede significar un problema. Establecer el rol del pediatra y del subespecialista es fundamental para el correcto seguimiento de estos niños.

Palabras clave: glucocorticoterapia prolongada, pediatría, monitorización, efectos adversos.

ABSTRACT

In the last years the prescription of long term treatments with glucocorticoids at supraphysiological doses have increased. The aim of this study was to identify the practices among pediatricians and pediatric subspecialists of Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) regarding the monitoring of long term treatments with systemic glucocorticoids in children and teenagers with chronic diseases. An observational, descriptive, transverse study was carried out by conducting semi structured interviews. A qualitative-quantitative methodology was applied. There were included pediatricians and subspecialists: gastroenterology, rheumatology, endocrinology, nephrology, neuropediatrics and hemato oncology. The variables analyzed were: the profile of the interviewed professional, the monitoring of adverse effects, the strategies to minimize risks, the monitoring of the treatment adherence, the criteria used for the suspension of the treatment, and the role that plays the pediatrician in the follow up of these patients.

Thirty seven professionals were interviewed, from which twenty were pediatricians and seventeen were subspecialists. Variability was found regarding clinical practices of monitoring, prevention of adverse effects and suspension of the long term treatment with glucocorticoids. There are only a few national recommendations based on evidence available, and there is an insufficient continuous professional formation among pediatricians regarding these topics, which could be a problem. Defining the role pediatricians and pediatric subspecialists play in the follow up of these children is essential.

Key words: long term glucocorticoid therapy, pediatrics, monitoring, adverse effects.

INTRODUCCIÓN

Los corticosteroides son análogos sintéticos de las hormonas producidas por la corteza suprarrenal y poseen tanto propiedades glucocorticoideas como mineralocorticoideas. El efecto antiinflamatorio e inmunosupresor, la influencia sobre el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, y el rol en el control de la respuesta del organismo al estrés se debe al efecto glucocorticoide, en tanto el efecto mineralocorticoide regula el equilibrio hidroelectrolítico.¹⁻⁵

Debido a sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras, los glucocorticoides son empleados en el tratamiento de diversas patologías. Sus beneficios han sido ampliamente demostrados en diversas enfermedades reumatológicas, hematológicas, renales, gastrointestinales y endocrinológicas, entre otras.⁵ En estas patologías crónicas es frecuente el uso de glucocorticoterapia sistémica prolongada a dosis suprafisiológicas, entendiéndose ésta como la administración de dosis mayores a 30 mg por día de hidrocortisona o sus equivalentes por un tiempo mayor a dos semanas.^{6,7}

La glucocorticoterapia sistémica prolongada se asocia con diversos efectos adversos, tanto por los efectos de las dosis suprafisiológicas administradas en forma prolongada como por la supresión abrupta del tratamiento.^{1,8}

En una revisión sistemática se analizó la prevalencia de los efectos adversos derivados de la administración prolongada, resultando más frecuentes la ganancia de peso, el retardo en el crecimiento y el síndrome de Cushing. La principal causa de muerte entre los pacientes incluidos en la revisión fueron las infecciones.⁵

Los glucocorticoides ejercen diversos efectos sobre el metabolismo intermediario derivando en un aumento del riesgo de hiperglucemia en pacientes susceptibles, descontrol metabólico en diabéticos, aumento de la concentración de ácidos grasos libres, redistribución y aumento de la grasa corporal, mayor riesgo de obesidad y síndrome metabólico. El catabolismo proteico puede llevar a debilidad y pérdida de masa muscular, cuya máxima expresión es la miopatía esteroidea.²

Por otra parte, como resultado del efecto mineralocorticoide, producen pérdida de potasio y retención de sodio y agua, con riesgo de hipertensión arterial y alcalosis hipopotasémica.^{1,2}

Los glucocorticoides afectan también el sistema óseo disminuyendo la absorción intestinal y reabsorción renal de calcio. Además inhiben las hormonas esteroides gonadales y la formación de hueso. Esto contribuye a osteoporosis y osteonecrosis.^{2,9}

En niños, debido a la inhibición de la secreción de somatotrofina, la estimulación de la maduración de los condrocitos y el cierre prematuro del cartílago de crecimiento, suele verse afectado el aumento ponderal y el crecimiento.⁹

El hipercortisolismo iatrogénico, producto de la administración de dosis suprafisiológicas de glucocorticoides por un tiempo mayor a dos semanas, conduce a la supresión del eje hipotálamo-hipofisoadrenal (HHA) y atrofia de las glándulas suprarrenales. Es por esto que para prevenir la aparición de insuficiencia suprarrenal aguda secundaria, es necesario realizar un descenso gradual de la dosis previo a la suspensión total del tratamiento.^{1,10}

Existe gran variabilidad individual en lo que respecta a la dosis y al tiempo requerido para que ocurra la supresión del eje HHA. En los niños se debe considerar la supresión del eje cuando reciben más de 0,075 mg/m² de prednisona al día, o más de 0,3 mg/m² de hidrocortisona/día o su equivalente.¹⁰

En el artículo “*A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy*” publicado en la revista “*Allergy, Asthma & Clinical Immunology*” de la

Sociedad Canadiense de Alergia e Inmunología clínica en el año 2013, se presentan estrategias para prevenir y tamizar los efectos adversos. A pesar de que no se ha definido la dosis y duración de tratamiento a partir de las cuales se comienzan a presentar los efectos adversos, se establece que a mayor dosis y duración existe un mayor riesgo, tanto en patologías crónicas como agudas. Es por eso que se recomienda prescribir la menor dosis durante el menor tiempo posible, en función del efecto terapéutico deseado.³

Otro artículo publicado en Acta Pediátrica de México en 2016, recomienda conocer las características farmacológicas de cada glucocorticoide para realizar una adecuada selección de acuerdo a su potencia antiinflamatoria, efecto mineralocorticoide, vida media y metabolismo. Para ello se han elaborado tablas de dosis equivalentes entre los diferentes grupos de corticoides. Considerando el rol protagónico de los teléfonos celulares y plataformas de aplicaciones en la actualidad, se crearon “apps” (aplicaciones para teléfonos móviles) para estimar las dosis equivalentes y contribuir a la monitorización del tratamiento.⁴

La Sociedad Argentina de Pediatría en el año 2018 comunica las denominadas “pautas antiestrés”, las cuales son recomendaciones a seguir durante el descenso de dosis de glucocorticoides para minimizar los efectos adversos por la supresión brusca del eje HHA. Estas sugieren informar a los pacientes sobre la aparición de síntomas de insuficiencia adrenal, y recomiendan la vigilancia estricta por parte de los médicos tratantes. Además se plantea elaborar un plan de alimentación bajo en sodio y con aporte adecuado de calcio y vitamina D, idealmente complementado con actividad física.⁷

A pesar de las recomendaciones internacionales sobre monitorización y prevención de los efectos adversos del tratamiento crónico con glucocorticoides en la infancia, en Uruguay no se dispone de guías o consensos actualizados. En el año 1997, un artículo publicado en Archivos de Pediatría del Uruguay plantea estrategias de monitorización y minimización de efectos secundarios.⁶ Desde entonces, no se han comunicado actualizaciones ni revisiones sobre el tema. Por otra parte, no se conoce si existe o no consenso en las prácticas de los diferentes profesionales que indican y prescriben glucocorticoides en niños y adolescentes. A pesar de ello, el uso de glucocorticoides se ha ido incrementado notoriamente debido en parte a la mayor prevalencia de niños con diversas enfermedades crónicas que requieren este tipo de tratamiento. En esta población, esto constituye un problema en particular, ya que por sus características fisiológicas de crecimiento y desarrollo, los niños representan un grupo con vulnerabilidad especial.

Resulta importante conocer cuales son las prácticas de pediatras y subespecialistas pediátricos en relación al manejo de la glucocorticoterapia crónica con el propósito de aportar insumos para la elaboración de un protocolo o pauta local que contribuya a la mejora continua de la prescripción y monitorización de este tipo de tratamiento en niños y adolescentes.

Desde esta perspectiva, realizar una investigación sobre este tema con profesionales que se desempeñan en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), un centro de referencia nacional para los usuarios del subsector público, es de relevancia. La formación de la mayoría de los pediatras y de todos los subespecialistas pediátricos se realiza en este centro asistencial, que funciona como el hospital universitario en el área materno-infantil a cargo de un cuerpo docente de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Por otra parte, el número de subespecialistas pediátricos es escaso y la mayoría de los que se desempeñan en centros privados también cumplen funciones en este centro.

OBJETIVOS

1. Conocer las prácticas de pediatras, subespecialistas pediátricos en formación o recibidos, y docentes del CHPR respecto a la monitorización del tratamiento prolongado con glucocorticoides sistémicos a dosis suprafisiológicas en niños y adolescentes con enfermedades crónicas.
2. Realizar recomendaciones para la elaboración de una pauta local para el seguimiento de pacientes bajo glucocorticoterapia sistémica prolongada a dosis suprafisiológicas, a ser consensuada por el equipo de profesionales.

Esta investigación pretende responder las siguientes preguntas:

1. ¿Qué criterios utilizan los pediatras, docentes y subespecialistas pediátricos del CHPR para monitorizar el uso de los corticoides sistémicos en tratamientos prolongados y prevenir los efectos adversos?
2. ¿Los criterios utilizados por los distintos profesionales son similares?
3. ¿Se considera necesario contar con un consenso o pauta a nivel local para dicho objetivo?
4. ¿Qué rol tienen los pediatras en el seguimiento de estos niños, niñas y adolescentes?

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante entrevistas semiestructuradas, con metodología cuali-cuantitativa. Las entrevistas se realizaron en el mes de Setiembre de 2019.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellos profesionales que cumplen funciones asistenciales en el CHPR y que utilizan glucocorticoterapia sistémica prolongada:

- Pediatras que se desempeñan en la Policlínica de Referencia del hospital
- Docentes grado 2 y 3 de Clínica Pediátrica.
- Especialistas pediátricos: gastroenterología, reumatología, endocrinología, nefrología, neuropediatría y hematooncología.

Se excluyeron a aquellos profesionales que no otorgaron el consentimiento.

A los efectos de este trabajo se definió glucocorticoterapia sistémica prolongada a la administración de estos a dosis suprafisiológicas por más de 15 días.^{6,7}

Variables

Se analizaron seis variables: 1) perfil del profesional entrevistado, 2) prácticas de monitorización de efectos adversos, 3) estrategias para minimizar riesgos, 4) monitorización de adherencia al tratamiento, 5) estrategia de suspensión de la glucocorticoterapia, 6) rol de los profesionales en la monitorización terapéutica.

En relación al perfil de los sujetos encuestados se indagó: tipo de profesional (pediatra, especialista pediátrico), años de ejercicio profesional, cumplimiento de rol docente, lugar de desempeño de su actividad, capacitación en la temática, y si eran prescriptores o realizaban el seguimiento del tratamiento.

En el Anexo 1, se incluye la entrevista elaborada por los autores. La misma se elaboró para analizar la monitorización de los efectos adversos, las estrategias para minimizar riesgos y la monitorización de adherencia al tratamiento, indagando las prácticas clínicas y/o paraclínicas enunciadas por los entrevistados previo y durante el tratamiento. Las respuestas se compararon con una lista de prácticas estipuladas por los autores basado en las pautas de la Sociedad Argentina de Pediatría, la Asociación Española de Pediatría y la bibliografía nacional.^{6,7,9}

Se evaluó la necesidad de elaboración de una pauta nacional para estos tratamientos.

Análisis de datos

Para la descripción de las variables se utilizaron frecuencias absolutas, medidas de tendencia central y dispersión.

El análisis cualitativo se realizó a partir de la metodología de análisis de contenido temático, en base al enfoque de análisis propuesto por Taylor Bogdan.¹¹ Se realizó una codificación de los datos generando categorías de análisis basadas en las seis variables mencionadas. Se separaron los datos según estas categorías de codificación. Se incluyeron citas textuales de las entrevistas. Finalmente se relativizaron los datos, interpretándolos en el contexto en el que fueron recogidos. Se discutió sobre lo que los profesionales refieren hacer, sobre las perspectivas según las especialidades, y se realizó una reflexión crítica de los datos aportados.

Se complementaron datos cuantitativos y cualitativos.

Aspectos éticos

El trabajo contó con el aval de la Dirección del CHPR. Se obtuvo una lista de profesionales con sus contactos otorgada por el Departamento de Pediatría. Se solicitó su consentimiento para participar y se agendó una cita (Anexo 3). Las entrevistas fueron grabadas y desgrabadas sólo con la finalidad de esta investigación. Se codificó el formulario de consentimiento informado, los datos patronímicos del profesional, la entrevista y la grabación a modo de aumentar la garantía de la confidencialidad de los entrevistados. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la institución.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

Perfil de los entrevistados

De los 49 profesionales que se encontraban en la lista proporcionada por el Departamento de Pediatría se lo logró entrevistar a 37: 20 pediatras y 17 especialistas. En la **tabla 1** se muestra la especialidad de los entrevistados y si estos realizan actividad docente.

Poseen más de 10 años de experiencia como especialistas 20 profesionales (mediana 11 años, moda 12 años, rango 1 - 33 años). Se desempeñan en sector privado 35 profesionales.

Tabla 1: Especialidad y ejercicio de docencia de las personas entrevistadas. (N = 37).

Especialidad	Docente	No docente	Total
Pediatría	17	3	20
Nefrología pediátrica	1	1	2
Reumatología	0	2	2
Gastroenterología infantil	4	2	6
Neuropediatría	1	2	3
Endocrinología	1	0	1
Hematooncología	2	1	3
Total	26	11	37

Se destaca que refirieron no haber asistido a ningún curso de formación en el tema 14 profesionales, y 11 en los últimos 15 años. En la **tabla 2** se muestran datos sobre la educación médica continua en relación a la temática.

Tabla 2: Aspectos de educación médica continua en relación a la temática según tipo de profesional.

	Pediatras (FA)	Otras especialidades(FA)	Total (FA)
Asistencia al último curso			
Nunca	7	7	14
Hace más de 10 años	0	0	0
Últimos 10 años	0	1	1
Últimos 5 años	6	5	11
Último año	7	4	11
Total	20	17	37

Frecuencia de lectura			
Nunca	2	0	2
Raramente	2	2	4
Ocasionalmente	10	5	15
Frecuentemente	6	5	11
Muy frecuentemente	0	5	5
Total	20	17	37
Última lectura sobre la temática			
Nunca	0	0	0
Hace más de 2 años	2	0	2
Últimos 2 años	3	3	6
Este año	12	9	21
En el último mes	3	5	8
Total	20	17	37

FA frecuencia absoluta

Refirieron prescribir glucocorticoterapia prolongada frecuentemente o muy frecuentemente 14 de los entrevistados. En la **tabla 3** se muestra la frecuencia de prescripción de los pediatras y de los otros especialistas. Declararon que realizan el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con glucocorticoterapia sistémica prolongada 35. Los 2 profesionales que refirieron no hacerlo son pediatras.

Tabla 3: Frecuencia de prescripción de este tipo de tratamientos.

	Pediatras (FA)	Otros Especialistas(FA)	Total (FA)
Nunca	4	0	4
Raramente	8	2	10
Ocasionalmente	7	2	9
Frecuentemente	1	7	8
Muy frecuentemente	0	6	6
Total	20	17	37

FA frecuencia absoluta

Prácticas previo al inicio del tratamiento

En las **tablas 4 y 5** se muestran las prácticas enunciadas por los entrevistados previo al inicio del tratamiento y durante el mismo, cotejadas con la bibliografía seleccionada por los autores. Refirieron que no era necesario ningún control clínico previo 3 (2 pediatras y 1 especialista) y ningún control paraclínico 17 (10 pediatras y 7 de otra especialidad).

Tabla 4: Prácticas enunciadas de controles clínicos y paraclínicos previo al inicio al tratamiento.

Previo al inicio del tratamiento	Pediatras (FA)	Otros especialistas (FA)	Total (FA)
Talla	7	6	13
Peso	12	9	21
Presión arterial	16	13	29
Hemograma	2	8	10
Glicemia	7	5	12
Perfil lipídico	1	2	3
Pesquisa de Tuberculosis	9	9	18
Control de CEV vigente	11	6	17

FA frecuencia absoluta

Tabla 5: Prácticas enunciadas de controles clínicos y paraclínicos durante el tratamiento.

Durante el tratamiento	Pediatras (FA)	Otros especialistas (FA)	Total (FA)
Talla	8	9	17
Peso	16	15	31
Presión arterial	17	15	32
Alteraciones en piel	8	6	14
Rasgos de Cushing	12	9	21
Síntomas digestivos	0	1	1
Alteraciones conductuales	2	2	4
Calcemia	1	3	4
Vitamina D en sangre	1	2	3
Interconsulta con oftalmología	6	5	11
Densitometría ósea	3	4	7
Adherencia al tratamiento	20	17	37

FA frecuencia absoluta

Con respecto a las indicaciones relacionadas con los hábitos de vida a recomendar tanto antes como durante el tratamiento, los pediatras las realizan con mayor frecuencia. En la **tabla 6** se muestra la frecuencia de las recomendaciones enunciadas por los entrevistados, cotejadas con las que se mencionan en la bibliografía que los autores seleccionaron.

Tabla 6: Recomendaciones de hábitos de vida que deben realizarse en estos pacientes. Prácticas enunciadas por los pediatras y por otros especialistas.

Otras indicaciones	Pediatras (FA)	Otros especialistas (FA)	Total (FA)
Profilaxis con calcio	10	5	15
Profilaxis con vitamina D	9	6	15
Protección gástrica	5	2	7
Dieta hiposódica	10	4	14
Actividad física	4	0	4
Alimentación saludable	5	3	8
Vacuna Neumococo 23 v	13	4	17
Vacuna Meningococo	7	4	11
Vacuna HPV	0	1	1
Vacuna Antigripal	11	5	16
Prevención de infecciones	19	15	34

FA frecuencia absoluta

Análisis cualitativo

Del análisis cualitativo surgen aspectos de monitorización no contemplados en la bibliografía consultada para realizar la lista de cotejo.

Prácticas previo al inicio del tratamiento

Se menciona el control oftalmológico, conocimiento de los ciclos menstruales y examen osteoarticular. En cuanto a la paraclínica, algunos entrevistados mencionaron la solicitud de dosificación de calcio y vitamina D, funcional y enzimograma hepático, función renal, proteinuria, diuresis, examen de orina, RxTx, hemoglucotest, gasometría y coproparasitario. Algunos profesionales solicitan serologías, entre las cuales se especificaron VIH, Chagas, CMV, EB y Toxoplasmosis.

Prácticas durante el seguimiento del tratamiento

Se destacó la importancia del examen físico para monitorizar efectos adversos. Se mencionó que era necesario buscar las alteraciones del metabolismo glucídico, acantosis nigricans, fragilidad vascular e

hirsutismo. Otros buscan signos de retención hidrosalina, edemas de MMII y cintura. También se mencionó la búsqueda de estigmas hepáticos y control de diuresis.

Respecto a los controles paraclínicos se mencionaron otros estudios no incluidos en la lista de chequeo, tales como funcional hepático, funcional renal, examen de orina, glucosuria y hemoglucotest. En un caso se menciona el control paraclínico del eje hipotálamo suprarrenal y hormonas tiroideas. En otro caso se controla el metabolismo fosfocálcico para estimar el riesgo de osteopenia, y en ciertos casos se deriva al paciente al endocrinólogo para evaluar la necesidad de densitometría ósea.

También surgió la posibilidad de realizar la valoración ósea de laboratorio o por densitometría. Se hizo mención a la densitometría ósea como un estudio de baja accesibilidad y alto costo, por lo que se aclaró que se reserva para determinados pacientes, sin hacer referencia a los criterios de indicación. *“En nuestro país no es fácil realizar una densitometría a un niño”*, declara un entrevistado.

Frecuencia de los controles

Una gran cantidad de profesionales explica: *“La frecuencia de los controles clínicos dependen de la patología de cada paciente”* y no considera que existan criterios establecidos respecto a la periodicidad de los controles. Algunos refieren que en general se realizan cada tres meses, otros mensuales, quincenales o semanales. También surgió la posibilidad de iniciar con controles semanales y posteriormente ir disminuyendo progresivamente la frecuencia. Mencionaron que la toma de presión arterial debe ser más frecuente que el resto de los controles (tres veces por semana, por ejemplo). A pesar de no encontrar un consenso en la frecuencia, existe una opinión generalizada de que estos se deben adecuar a cada situación particular.

En cuanto a la frecuencia de los controles paraclínicos, se encontró un mayor consenso entre los entrevistados, considerando una frecuencia mensual como lo más adecuado. Sin embargo, una gran mayoría no hizo mención a este aspecto.

Adherencia al tratamiento

La herramienta más mencionada fue el interrogatorio y la respuesta clínica o mejoría de la enfermedad de base. Muchos consideran que es necesario evaluar la aparición de elementos de síndrome de Cushing exógeno u otros efectos adversos, y la evolución de los parámetros paraclínicos de la enfermedad de base. Los entrevistados priorizaron los aspectos clínicos sobre de los estudios de laboratorio. Ninguno mencionó la utilización de escalas o escores para evaluar la adherencia.

Recomendaciones

Para la prevención de infecciones, la recomendación más frecuentemente realizada fue el control de la exposición a contactos. Un entrevistado especifica que es únicamente necesario en caso de constatarneutropenia o leucopenia severa. Otras formas de prevención mencionadas fueron la vacunación, el lavado de manos, el control de exposición ambiental, la buena cocción de alimentos, la tenencia de mascotas controlada, la utilización de tapabocas, y procurar que los preescolares no asistan al jardín de infantes antes de la edad recomendada, sin mencionar cuál es esta. Mencionaron que en caso de infección por Bacilo de Koch es importante la indicación de profilaxis con Isoniacida para evitar reactivación. Se mencionó la necesidad de indicar trimetoprim sulfametoxazol profiláctico en todos los casos cuando se trata de pacientes con enfermedades hematooncológicas.

La recomendación de consulta precoz ante sospecha de infección surgió en pocas entrevistas.

Al referirse a la vacunación, surge la idea de que están contraindicadas las vacunas con microorganismos vivos. Se menciona que de ser posible se adelantan las vacunas, y que administrarlas implica esperar un mínimo de dos semanas para comenzar con el tratamiento. Muchos de los entrevistados priorizaron el inicio del tratamiento sobre la actualización el CEV. Ninguno de los entrevistados menciona la Guía Nacional de Vacunación en situaciones especiales del MSP.

Como medidas profilácticas se realizaron otras recomendaciones alimenticias que no se contemplaban en las guías utilizados por los autores, como la dieta hipoglucémica, alimentación hipocalórica, evitar harinas y buena ingesta láctea.

Suspensión del tratamiento frente a efectos adversos

La mayoría de los entrevistados plantearon que idealmente los efectos adversos deben ser tratados sin suspender el tratamiento. Para tomar la decisión de suspenderlo, los entrevistados refirieron priorizar el balance riesgo beneficio, dependiendo de cual sea la enfermedad que llevó a la prescripción. Se repitieron algunos efectos adversos que podrían implicar la suspensión del tratamiento. Entre ellos se destacó la hipertensión arterial descontrolada o crisis hipertensiva, la aparición de diabetes mellitus o aumento excesivo de glucemia, insuficiencia suprarrenal, infección severa, síndrome de Cushing severo, hipoprecimiento, patología psiquiátrica y alteraciones oftalmológicas (como glaucoma, cataratas o uveítis). En casos puntuales mencionan inmunosupresión severa, osteopenia, fracturas patológicas, aplastamiento vertebral, necrosis de cabeza de fémur, hipopotasemia, arritmias, anafilaxis, disfunción renal, tumor cerebral, obesidad severa, y efectos estéticos como acné o hirsutismo en formas excesivas. También nombraron aparición de hemorragia digestiva, intolerancia digestiva severa, gastritis erosiva, y úlcera gastro duodenal.

Suspensión definitiva del tratamiento

En cuanto a la suspensión del tratamiento, todos los entrevistados explicaron que debe ser gradual. Sin embargo, los planes de descenso fueron muy heterogéneos. Surgió que el descenso dependerá de la duración del tratamiento, de la dosis, del corticoide y de la enfermedad de base. Algunos entrevistados refieren que realizan interconsulta con endocrinólogo para planificar el descenso: “*La forma de suspensión es cuestión del endocrinólogo*”. En la **figura 1** se sintetizan las distintas formas surgidas para realizar el descenso de dosis.

Figura 1: Planes de descenso de corticoides al decidir la suspensión definitiva del tratamiento.

Planes de descenso
25% cada 48-72hs
25% /sem
5mg/ sem
10% cada 48 hs
25% cada 15 días

10%/ sem
10% c/ 4 días
10% c/ 15 días
30% c/ 4 días
50% en las primeras 2 o 3 semanas
5 mg en días alternos
10 mg/semana
0,5 mg/kg cada 48 72 hs
2 mg semana
10 mg cada 2 semanas, y suspender al mes

Previo a la suspensión del tratamiento, algunos sugieren realizar la medición de la cortisolemia matinal con la intención de prevenir la aparición de insuficiencia suprarrenal aguda. En un caso se especificó que para planificar el descenso se puede estratificar el riesgo en base a la dosis y al tipo de corticoide utilizando las tablas de potencias equivalentes. En los casos de alto riesgo, se desciende más lentamente y se realiza cortisolemia matinal en conjunto con endocrinología.

Se mencionó la posibilidad de intercambiar el fármaco por un corticoide de menor potencia, suspenderlo una vez que se alcancen dosis fisiológicas, realizar una cortisolemia matinal a las 24 hs, y de ser suficiente retirar el corticoide. La endocrinóloga alertó que de utilizarse prednisona, la medición de cortisol estará afectada. La misma declaró: *“He atendido varios pacientes referidos por pediatras para el control de efectos adversos producto del tratamiento como el estancamiento de crecimiento, la obesidad y dislipemia, o para la suspensión del mismo”*.

Algunos especialistas explicaron que puede ser necesario agregar otro fármaco inmunosupresor (metrotexate o azatioprina) por la enfermedad de base, para luego comenzar a bajar la dosis del corticoide.

La mayoría de los entrevistados no cuentan con una pauta específica para el descenso de la dosis de corticoides. Algunos mencionaron la pauta argentina, la española y en otros casos refirieron utilizar pautas específicas según la enfermedad, elaboradas en sus servicios.

Rol del pediatra

Se consideró fundamental que estos niños cuenten con un pediatra de referencia. Un entrevistado menciona: *“Muchas veces no se sabe a quién le corresponde la monitorización de estos tratamientos o qué debe hacer cada profesional”*. Varios se refirieron al pediatra de referencia como el nexo entre el paciente y el subespecialista, o en quien los padres depositan la confianza. Surge que tiene como deber el englobar todo el proceso de la enfermedad, ser el guía de la familia y responder a sus dudas. En más de un caso se especifica que al subespecialista le corresponde la respuesta de la patología frente al tratamiento, y al pediatra lo higiénico-dietético. Un entrevistado considera que *“(…)en los últimos años se ha facilitado el acceso a subespecialistas, por lo que los pediatras no suelen*

controlar lo paraclínico”, mientras otro destaca: “(...)hay una tendencia entre los pacientes a volverse dependientes de los especialistas”.

La mayoría considera que el pediatra, por ser quien ve al paciente con más frecuencia, es quien debe cerciorarse de que este cuente con los controles clínicos y paraclínicos necesarios para garantizar un correcto seguimiento, así como alertar sobre síntomas que sugieran complicaciones. En contraposición, unos pocos consideran que quien prescribe un fármaco debe ser quien se encargue de monitorizarlo. Un entrevistado declara: *“El que lo indica, que lo controle”.*

Consideraciones en relación a la elaboración de una pauta nacional

Varios de los profesionales declararon que la elaboración de una pauta nacional sobre glucocorticoterapia prolongada evitaría inconvenientes entre colegas y errores médicos involuntarios. Consideraron que dado el uso frecuente de los glucocorticoides, todos los profesionales deberían estar familiarizados con el tema y manejar la misma información. Reconocieron que algunos pacientes estaban “sobre tratados”. Un entrevistado precisó: *“Las pautas sobre el descenso deben ser propias de cada patología”*, pero expresó que sí cree conveniente la elaboración de una guía que centralice la monitorización y uso adecuado de glucocorticoides en terapias prolongadas. También surgió que en el CHPR se está iniciando el proceso de elaboración de una pauta con esta finalidad. Sugirieron la participación de endocrinología, por considerarlos idóneos en la tema.

DISCUSIÓN

Mediante este trabajo se buscó conocer las prácticas de los distintos profesionales en cuanto a la prescripción de corticoterapia prolongada en el Hospital Pereira Rossell, hospital universitario y de referencia del subsector público del país. Pese a no haber logrado entrevistar a la totalidad de los profesionales, se logró incluir todas las especialidades propuestas. La gran mayoría de los entrevistados se desempeñan tanto en el sector público como en el sector privado, siendo los referentes en la atención de estos niños. Ningún profesional refirió variar su práctica según el subsector del sistema de salud en el que se encuentre ejerciendo, por lo que presumiblemente lo recabado se aproxime a las prácticas implementadas en otros centros de salud por ellos mismos u otros profesionales.

Las patologías que requieren glucocorticoides sistémicos a dosis suprafisiológicas por tiempo prolongado suelen ser abordadas por especialistas, por lo que se buscó que los pediatras seleccionados también estuviesen en contacto con pacientes que reciben este tipo de tratamientos. Sólo dos personas declararon que no habían realizado seguimiento de estos pacientes. La mayoría de los entrevistados tienen alto nivel de experiencia, y muchos realizan actividad docente, por lo que presumiblemente estas prácticas sean transmitidas a estudiantes y otros profesionales. Se infiere que estas prácticas también son reproducidas por profesionales no incluidos en este estudio. A pesar de tratarse de médicos que trabajan en un hospital universitario, surgió que la temática no era abordada con la frecuencia esperada en su formación médica continua. Los resultados de este estudio son un indicador de que se debe trabajar al respecto, y que sería conveniente fomentar las instancias de aprendizaje y actualización para lograr prácticas más eficientes.

Una de las fortalezas del trabajo fue realizar entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas. Aunque posiblemente se apliquen prácticas que no hayan surgido espontáneamente en las entrevistas, la metodología aplicada permitió conocer aquellas que se encontraban más naturalizadas. Además permitió que surgieran conceptos no contemplados originalmente. El no inducir las respuestas redujo el sesgo, por lo que el análisis cuantitativo-cualitativo enriqueció el aporte de este trabajo.

Se observó gran heterogeneidad en las prácticas enunciadas tanto previo al inicio como en el seguimiento de este tipo de tratamiento, y surgieron controles que no estaban contemplados en la búsqueda bibliográfica. Esto denota la necesidad de generar un espacio de discusión con los profesionales involucrados para determinar los controles que se deben realizar y conocer su justificación basada en la evidencia actual.

P previo al inicio del tratamiento, gran parte de los entrevistados refirió realizar controles clínicos esenciales como el peso, talla y presión arterial, aunque ninguno de estos fue mencionado por la totalidad los profesionales. El sobrepeso, las alteraciones en el crecimiento y la hipertensión arterial son algunos de los efectos adversos más frecuentes, y su monitorización está indicada siempre que se prescriba un tratamiento de estas características.³ Es fundamental sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de los mismos. Se debe favorecer estos controles aumentando la periodicidad de los mismos con su pediatra tratante, enfatizando en que la monitorización no debería ser exclusivamente responsabilidad de los pediatras.

En cuanto a los controles paraclínicos, un tercio de los entrevistados declaró indicar glicemia, mientras unos pocos mencionaron pruebas de laboratorio como el hemograma y perfil lipídico. La realización de estas últimas implica conocer las comorbilidades que un paciente a quien se prescribirá un fármaco con efecto sistémico pueda poseer, además de obviar los parámetros basales que podrán alterarse una vez iniciado el tratamiento. Una proporción importante de entrevistados consideraron innecesario la realización previa de estudios de laboratorio. También se destaca que el control oftalmológico y la realización de ionograma no se consideraría justificado previo al inicio del tratamiento. Encontrar una alteración de estos parámetros previamente es infrecuente, y los efectos adversos que alteran los mismos derivan directamente de los glucocorticoides, por lo que deberían ser monitorizados una vez comenzado el tratamiento.⁷

Un dato preocupante es que menos de la mitad de los entrevistados enuncian realizar pesquisa para tuberculosis (principalmente mediante PPD). Dado la epidemiología actual en cuanto a la infección por tuberculosis es importante sensibilizar en su diagnóstico. Sería interesante discutir la necesidad de realizar una radiografía de tórax previo al inicio del tratamiento, como fue mencionado por algunos entrevistados. Si bien no se cuenta con bibliografía que indique su realización sistemática, este estudio podría resultar de importancia dada la alta prevalencia de tuberculosis en nuestro medio.

Respecto a las prácticas a implementar **durante el tratamiento**, se destaca una mayor realización de controles clínicos con respecto a los solicitados previo al inicio del tratamiento. Muchos de los profesionales priorizan la búsqueda del Síndrome de Cushing por sobre el resto de los efectos adversos. Prácticamente ninguno de los entrevistados indaga sobre síntomas digestivos o alteraciones conductuales, y un bajo porcentaje pesquisa alteraciones visuales o realiza interconsulta con oftalmología. La bibliografía nacional recomienda la interconsulta con el fin de detectar la aparición de cataratas y glaucoma secundarios al tratamiento con glucocorticoides.⁶ Es importante que se conozcan los efectos adversos, su frecuencia y su gravedad para poder sistematizar su monitorización.

La solicitud de paraclínica durante el seguimiento debe estar justificada en todos los casos, con el fin de evitar molestias a los pacientes y obtener una relación costo/beneficio favorable. Muchos de los estudios mencionados por los entrevistados son útiles para el control de las distintas enfermedades de base, y no para monitorizar los efectos adversos que derivan del tratamiento prolongado. De realizarse una pauta o consenso, esta diferenciación debería estar establecida.

La dosificación de calcio y vitamina D en sangre es un tema de suma relevancia, por lo que debería analizarse entre los profesionales y llegar a un consenso a nivel nacional. La bibliografía sugiere su dosificación rutinaria como parámetros indicadores de una posible osteoporosis y como guía para su administración exógena.³ Además algunos entrevistados mencionaron la posibilidad de solicitar una densitometría ósea durante la monitorización del tratamiento, pero la mayoría aclaró que se indicaba únicamente en casos puntuales. Si bien se cuenta con bibliografía que sustenta la indicación sistemática de la densitometría ósea al inicio y durante el tratamiento prolongado con glucocorticoides³, en nuestro medio no se realiza por su baja accesibilidad y su alto costo. Esta práctica debería reverse para establecer su efectividad, contando con estudios nacionales que avalen los resultados.

Es de suma importancia lograr la sensibilización de la importancia de la profilaxis con calcio y vitamina D. Entre los entrevistados, los pediatras son quienes lo enuncian con mayor frecuencia. Esta

está indicada en todos los pacientes que reciben tratamiento prolongado con corticoides a dosis suprafisiológicas.^{3,6} Los niveles de vitamina D y calcio se ven afectados por variables como la latitud geográfica, etnia, exposición solar y alimentación. Existen estudios nacionales que afirman que la ingesta de vitamina D y calcio en una dieta promedio en Uruguay es insuficiente, e incluso se destaca la alta prevalencia del déficit de vitamina D en adultos en nuestro medio.^{12,13,14} Es probable que exista desconocimiento al respecto por parte del equipo de salud, resultando un obstáculo para la promoción de estas prácticas.

Casi la totalidad de los entrevistados refirieron realizar recomendaciones para la prevención de infecciones, e hicieron énfasis en su potencial gravedad en estos pacientes. Sin embargo, pocos reparan en revisar el CEV previo al inicio del tratamiento, ni realizan todas las recomendaciones según las pautas nacionales del MSP. Dentro de los patógenos que pueden generar infección en pacientes inmunosuprimidos por terapias corticoideas prolongadas se destacan *Mycobacterium tuberculosis*, hongos, herpes zoster y la reactivación de hepatitis crónicas virales, entre otras. En la bibliografía consultada se recomiendan medidas para la prevención de infecciones, como el lavado de manos, el consumo de agua potable, y el adecuado lavado y cocción de alimentos. También se recomienda minimizar la asistencia a centros educativos, el hacinamiento y el contacto con animales. Por último se indica la vacuna antigripal anual a los contactos cercanos.⁷

Se exhorta a utilizar la Guía del MSP para la vacunación en situaciones especiales, y que ésta sea manejada tanto por los pediatras como por los especialistas involucrados en la atención. La misma recomienda revisar el esquema de vacunación y actualizarlo en los casos en los que no esté vigente. Las vacunas inactivadas pueden administrarse de forma segura según las pautas del CEV, idealmente 2 semanas antes de iniciar el tratamiento con glucocorticoides para alcanzar el grado de inmunidad necesaria. Se destaca que en el caso de coincidir la dosis de una vacuna con el tratamiento glucocorticoideo, la respuesta puede no ser completa, requiriendo repetir la dosis (idealmente 3 meses luego de finalizado el tratamiento). La administración de vacunas a gérmenes vivos está contraindicada en estos pacientes: deberían administrarse por lo menos 4 semanas previo al inicio del tratamiento, y en el caso de que una dosis coincidiera con el tratamiento debería postergarse hasta 3-6 meses luego de finalizado el mismo. Las vacunas que están por fuera del esquema de vacunación pero están indicadas en este tipo de pacientes son la neumocócica 23 valente, la meningocócica y la antigripal.¹⁵

Es fundamental promover determinados hábitos sopesando el riesgo de que impliquen un esfuerzo que disminuya la adherencia al tratamiento. Los entrevistados mencionaron cambios dietéticos que no son los más recomendados como dieta hipocalórica, hipoglucémica, la buena ingesta láctea y el bajo consumo de harinas. Si bien existe bibliografía que sustenta estas indicaciones, las mismas deberán racionalizarse e individualizarse. La sugerencia de realizar actividad física y llevar una alimentación saludable surgió muy débilmente. En la bibliografía estas prácticas están firmemente recomendadas con la intención de minimizar efectos adversos.⁷

Se destaca que todos los entrevistados afirmaron monitorizar de alguna forma la adherencia al tratamiento. Aunque resulta difícil cerciorarse de que el paciente esté cumpliendo con el tratamiento por no haber un método para detectar la concentración de los fármacos en sangre, la respuesta clínica de la patología de base puede servir de guía.

Es importante conocer cuáles efectos adversos deben alertarnos e incluso requieren la suspensión del tratamiento. Según la bibliografía consultada se debe considerar la interrupción del fármaco de aparecer hipertensión arterial severa, diabetes mellitus de difícil control, una detención del crecimiento acentuada, osteoporosis invalidante, úlcera péptica, un pseudotumor cerebral o una psicosis inducida por glucocorticoides.¹⁰ La decisión de suspender el tratamiento debe ser individualizada y guiada por el balance riesgo-beneficio, como surgió entre algunos entrevistados.

Se observó una gran heterogeneidad de criterios en cuanto al manejo de la suspensión definitiva del tratamiento. Si bien todos los entrevistados refirieron descender la dosis de forma gradual, existieron diferencias sustanciales entre los métodos utilizados. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda realizar un descenso progresivo, disminuyendo un 25% de la dosis cada 4-7 días hasta alcanzar dosis fisiológicas, luego dividirla en dos tomas por 7-10 días y finalmente seguir con la mitad de la dosis fisiológica en una toma diaria matinal por 7-10 días. Si esto se tolera adecuadamente, se podrá suspender el tratamiento.⁷ La pauta nacional plantea administrar la misma dosis que se estaba utilizando en días alternos, para luego reducirla entre 2.5 a 5 mg cada 48 horas hasta llegar a 1 mg en días alternos. Esta dosis se debe mantener por una semana, y luego suspender el tratamiento.⁶ Sería conveniente contar con pautas de referencia actualizadas a nivel nacional.

Se deberá estratificar el riesgo de supresión del eje HHA previo a la suspensión de la terapia. El riesgo dependerá del corticoide utilizado, la vía de administración, la dosis, el intervalo entre la dosis, el momento del día en que se administra y la duración del tratamiento. Es de menor riesgo la administración del fármaco en dosis únicas por la mañana, y aún menor si es en días alternos.^{6,16} En el caso de sospecharse un alto riesgo de supresión, está indicada la medición de la cortisolemia matinal tras la suspensión del glucocorticoide por 24hs. En los pacientes con síndrome de Cushing exógeno, debe asumirse que existe una supresión del eje.¹⁰

A pesar de que se reconoce el rol del pediatra en estos pacientes, se debe continuar trabajando en conjunto para lograr identificar el papel de cada especialista y reforzar las prácticas de cada uno de los actores para lograr la continuidad asistencial y los mejores resultados para los pacientes.

CONCLUSIONES

Este estudio pone en evidencia la variabilidad entre las prácticas enunciadas por los profesionales del Hospital Pediátrico Universitario con el fin de monitorizar y prevenir los efectos adversos de la glucocorticoterapia sistémica prolongada. La heterogeneidad también se manifiesta en las prácticas relacionadas con la suspensión del tratamiento.

La falta de recomendaciones (con énfasis en las locales) basadas en evidencia y consensuadas entre pediatras y especialistas y la carencia en lo que respecta a formación continua en el tema representan dos importantes obstáculos a superar para mejorar la calidad de las prácticas clínicas.

Es importante definir el rol del pediatra y del especialista en el seguimiento de estos pacientes, reforzando el trabajo en equipo y mejorando la comunicación entre los integrantes del equipo de salud entre sí, con la familia y con el niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurence L. Brunton, John S. Lazo KLP. “Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica.” 12th ed. Vol. 3. McGraw Hill; 1981.
2. Héctor A. Serra , Juan Manuel Roganovich1, Leonardo F. L. Rizzo. Glucocorticoides: paradigma de medicina traslacional de lo molecular al uso clínico. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 158-170. Disponible en: http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol72-12/2/vol.%2072_n2_p.%20158-170-me d2-15-.pdf
3. Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, Mandelcorn ED, Leigh R, et al. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. Allergy, Asthma Clin Immunol [Internet]. 2013;9(1):1–25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765115/>
4. Rodríguez-González M E-RF. Uso de glucocorticoides sistémicos en Pediatría. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2016;37(6):349–54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000600349
5. Aljebab F, Choonara I, Conroy S. Systematic Review of the Toxicity of Long-Course Oral Corticosteroids in Children [Internet] PLoS ONE 12(1): e0170259. doi:10.1371/journal.pone.0170259. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268779/>
6. Giachetto G. Farmacología Clínica de los glucocorticoides en pediatría. Arch Pediatr Urug. 1997;68(1):43–5.
7. Comité Nacional de Endocrinología. Sociedad Argentina de Pediatría. Consideraciones para una corticoterapia segura. Arch Argent Pediatr 2018 [Internet]. 2018;116:71–6. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n3a33s.pdf>
8. Goldbloom EB, Mokashi A, Cummings EA, et al Symptomatic adrenal suppression among children in Canada. Archives of Disease in Childhood [Internet] 2017;102:338-339. Disponible en: <https://adc.bmj.com/content/102/4/338.1.long>
9. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2012. Disponible en: <https://www.pediamecum.es>
10. Díaz C, Turcios S, Robles E, García Y. Síndrome de privación glucocorticoidea. Revista Cubana de Endocrinología 2014;25(2):198-205. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). La Habana, Cuba. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v25n3/end08314.pdf>
11. Amezcua M, Galves A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436.
12. Bagattini, J. Barrios, E. Estado de la vitamina D en adultos uruguayos aparentemente saludables, en invierno, Montevideo. Revista Médica Uruguay, 2017. 7; 33(2):126-137. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v33n2/1688-0390-rmu-33-02-00104.pdf>
13. Yeste D, Clemente M, Campos A, Fábregas A, Soler L. Osteoporosis en pediatría. Rev Española Endocrinol Pediatr. 2017;8:5–10.
14. Gutierrez R . Osteoporosis inducida por glucocorticoides. 2003;26:63–80.
15. Picón T, D’Albora L, Speranza N, Varela A, Zunino C. Guía Nacional de vacunación en situaciones especiales. MSP 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/vacunas>

16. Alves C, Robazzi TCV, Mendonça M. Withdrawal from glucocorticosteroid therapy: Clinical practice recommendations. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2008;84(3):192–202. Disponible en: <http://www.jped.com.br/conteudo/08-84-03-192/port.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1. Entrevista semi-estructurada (no será entregada a los entrevistados, es la guía y registro para los investigadores).

Glucocorticoterapia sistémica en dosis suprafisiológicas en niños: prácticas clínicas frente al tratamiento prolongado. Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2019.

La información brindada en esta entrevista es de carácter confidencial, y los datos obtenidos sólo serán utilizados para los propósitos de la investigación como se mencionó anteriormente en el consentimiento informado.

Agradecemos su colaboración.

Fecha

CÓDIGO

Años de ejercicio como pediatra

Subespecialidad

Años de ejercicio como subespecialista

¿Realiza docencia?

¿Se desempeña en el sector privado? ¿En donde?

¿Cuándo fue el último curso sobre la temática al que asistió?

1- Nunca asistió

2- Hace más de 10 años

3- Últimos 10 años

4- Últimos 5 años

5- Último año

¿Con qué frecuencia lee usted sobre el uso de corticoides sistémicos en terapias prolongadas?

1- Nunca

2- Raramente

3- Ocasionalmente

4- Frecuentemente

5- Muy frecuentemente

¿Cuándo fue la última vez que leyó sobre la temática?

1- Nunca

2- Hace más de 2 años

3- Últimos 2 años

4- Este año

5- En el último mes

¿Con qué frecuencia usted prescribe tratamientos con glucocorticoides sistémicos de uso prolongado?

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Ocasionalmente
- 4- Frecuentemente
- 5- Muy frecuentemente

¿En qué patologías los prescribe con mayor frecuencia?

¿Qué glucocorticoide prescribe con mayor frecuencia?

PREGUNTAS

1) Previo al inicio del tratamiento

- a) ¿Qué controles clínicos realiza?
- b) ¿Qué controles paraclínicos realiza?
- c) ¿Qué vacunas especiales recomienda?
- d) ¿Qué otras medidas profilácticas recomienda?

2) Seguimiento del tratamiento

- a) ¿Qué controles clínicos realiza y con qué frecuencia?
- b) ¿Qué controles paraclínicos realiza y con qué frecuencia?
- c) ¿Cómo monitoriza la adherencia al tratamiento?
- d) ¿Qué recomendaciones realiza para la prevención de infecciones?
- e) ¿Qué efectos adversos determina la suspensión del tratamiento o cambio a otro medicamento inmunosupresor?

3) Suspensión del tratamiento

- a) ¿Cómo realiza la suspensión del tratamiento?
- b) ¿Cuenta con una pauta de referencia para el descenso gradual de los corticoides?, ¿Cuál?

4) ¿Qué rol considera que cumple el pediatra de referencia en el seguimiento de estos niños?

5) ¿Considera necesario la elaboración de una pauta nacional sobre monitorización de tratamientos prolongados con glucocorticoides?

Anexo 2 . Formulario de consentimiento informado.

Glucocorticoterapia sistémica en niños: prácticas clínicas frente al tratamiento prolongado, Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2019.

Los autores de este trabajo son 6 estudiantes de Medicina de Metodología científica II, y 3 docentes tutores.

Investigadores: Formento, Gabriel, García, Sofía, García, Erika, Gómez, Lucía, Guerra, Martina, Kalemkerian, Sofía

Tutores: Sophie Simon, Carlos Zunino, Gustavo Giachetto

Contacto: 27091443

Usted ha sido invitado a participar en el estudio Glucocorticoterapia sistémica en niños: prácticas clínicas frente al tratamiento prolongado, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, 2019.

Como usted ya conoce, en los tratamientos prolongados con glucocorticoides (por más de 15 días) pueden presentarse efectos adversos de gravedad variable, y por lo que es muy necesaria su monitorización. El equipo de investigación piensa que podría haber heterogeneidad en las prácticas relacionadas a la monitorización y al descenso de dosis en el tratamiento glucocorticoideo prolongado. Es por este motivo que se planificó realizar una entrevista para conocer estas prácticas en los pediatras y subespecialistas pediátricos que trabajan en el CHPR.

La investigación consta de una entrevista con preguntas semiestructuradas que llevará aproximadamente 30 minutos. Requiere que el investigador grabe la entrevista, para luego analizar los datos. Los formularios de las entrevistas y las grabaciones serán manipuladas únicamente por los autores de la monografía y los datos obtenidos serán incluidos en el estudio de forma anónima.

Usted no obtendrá ningún beneficio directo ni ningún tipo de remuneración por participar. Asimismo podrá retirarse de la entrevista en cualquier momento que lo desee, sin tener que brindar explicación. Al concluir el estudio se le otorgará una copia del mismo, con los resultados obtenidos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constatar mi consentimiento, el cual firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto una copia de este documento ya firmado.

....., cédula de identidad..... consiento en participar en la investigación denominada: Glucocorticoterapia sistémica en niños: prácticas clínicas frente al tratamiento prolongado, Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2019.

Firma del sujeto de investigación

Contrafirma

Firma del investigador

Contrafirma

Fecha