



CARTA AL EDITOR

Prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacimiento y desnutrición en la infancia temprana en niños rusos asignados para adopción internacional



Prevalence of prematurity, low birth weight and malnutrition in early childhood in Russian children assigned for international adoption

Sr. Editor:

Según los datos del Ministerio de Salud de la Federación Rusa¹, durante el periodo 2008-2017, en Rusia nacieron 18.030.041 niños. Durante dicho periodo, la prevalencia de los recién nacidos (RN) pretérmino (< 37 semanas) fue del 4% y de los RN con bajo peso (< 2.500 g) del 5,97%. La prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años (peso para la edad < 2 desviaciones estándar por debajo de los estándares de desarrollo infantil de la OMS-2006) fue del 2,5%.

El objetivo de esta investigación fue comprobar si estos datos de prevalencia entre la población general de niños rusos se diferencian de los que tienen los niños rusos que fueron asignados para adopción internacional. Para ello se revisaron los expedientes médicos preadoptivos de 635 niños rusos asignados para adopción a familias españolas durante el periodo 2008-2018 en los que se especificaba la edad gestacional, el peso al nacimiento y el peso en el momento de la asignación. En esta cohorte de niños, la prevalencia de los RN pretérmino fue del 37,7% (9,4 veces superior), y la prevalencia de los RN con bajo peso fue del

46,46% (7,8 veces superior). La edad media (desviación estándar) de estos niños en el momento de su asignación para adopción fue de 25,8 (17,9) meses, siendo la prevalencia de desnutrición del 32,76% (13,1 veces superior). Estos datos revelan que existen unas diferencias muy significativas entre las tasas de prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacimiento y desnutrición en la infancia temprana entre la población general de niños rusos y la cohorte estudiada de niños rusos asignados para adopción internacional en España (tabla 1).

Entre las posibles causas de la alta prevalencia de prematuridad y bajo peso al nacimiento en la cohorte de niños rusos asignados para adopción, se constató en sus expedientes médicos preadoptivos el relato de los siguientes antecedentes maternos: consumo de alcohol (29%), tabaco (17%) y drogas (7%), gestación no controlada (26%), sífilis (13%), hepatitis C (12%), VIH/sida (5%), vaginitis/otras enfermedades de transmisión sexual (5%), tuberculosis (3%), hepatitis B (2%), malnutrición/anemia (8%), nefropatía/hepatopatía crónica (6%), insuficiencia fetoplacentaria (6%), toxemia gravídica (4%) y otras enfermedades (2%). Hay que tener presente que la ausencia del relato de un antecedente en los expedientes médicos preadoptivos de Rusia no excluye su existencia. Respecto a la alta prevalencia de desnutrición en el momento de su asignación para adopción, consideramos que la causa fundamental fue la ingesta inadecuada de nutrientes previa a su institucionalización y durante la misma, problema que además no favoreció que se produjera el crecimiento recuperador o «catch-up» posnatal.

Sabemos que los niños con antecedentes de prematuridad, bajo peso al nacimiento y/o desnutrición en la infancia

Tabla 1 Prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacimiento y desnutrición en menores de 5 años en la población general de niños rusos y en la cohorte de niños rusos asignados para adopción a familias españolas

	Niños nacidos en Rusia (periodo 2008-2017) (%)	Niños rusos asignados para adopción en España (periodo 2008-2018) (%)
Recién nacido pretérmino (< 37 sem)	4,00	37,70
Recién nacido con bajo peso (< 2.500 g)	5,97	46,46
<i>Distribución del peso al nacimiento</i>		
Peso de 2.500 g o más	94,03	53,54
Peso de 2.000-2.499 g	3,75	24,10
Peso de 1.500-1.999 g	1,29	13,86
Peso de 1.000-1.499 g	0,61	7,24
Peso de 500-999 g	0,32	1,26
Niños menores de 5 años con desnutrición ^a	2,50	32,76

^a Peso para la edad < 2 desviaciones estándar por debajo de los estándares de desarrollo infantil de la OMS-2006.

temprana pueden tener secuelas en su futuro desarrollo físico, psicomotor, neurosensorial, cognitivo, conductual y emocional²⁻⁴. Por ello, las familias solicitantes de adopción deben ser conocedoras de esta problemática, y aquellas que adopten a un niño con estos antecedentes deben implementar de forma precoz los recursos terapéuticos que puedan evitar o reparar a corto plazo estas consecuencias indeseables del desarrollo.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Servicio de Estadísticas del Estado Federal de Rusia. Ministerio de Salud: Estadísticas Oficiales - Población - Familia, Maternidad e Infancia. [consultado 6 Mar 2019]. Disponible en: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood.
2. Fitzgerald E, Boardman JP, Drake AJ. Preterm birth and the risk of neurodevelopmental disorders - Is there a role for epigenetic dysregulation? *Curr Genomics*. 2018;19:507-21.

3. Meher S, Hernandez-Andrade E, Basheer SN, Lees C. Impact of cerebral redistribution on neurodevelopmental outcome in small-for-gestational-age or growth-restricted babies: A systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46:398-404.
4. Shankar P, Chung R, Frank DA. Association of food insecurity with children's behavioral, emotional, and academic outcomes: A systematic review. *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38:135-50.

Gonzalo Oliván-Gonzalvo*

Servicios de Pediatría y Adolescencia, Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Gobierno de Aragón, Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: golivang@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.04.011>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome de abstinencia neonatal. Manejo y terapéutica en 25 hospitales de España



Neonatal abstinence syndrome: Management and therapy in 25 hospitals in Spain

Sr. Editor:

Recientemente se han publicado en su revista diferentes trabajos sobre maltrato prenatal que evidencian un aumento del consumo de tóxicos maternos y el consiguiente riesgo asociado de síndrome de abstinencia neonatal (SAN)¹.

El SAN incluye un espectro variable de síntomas clínicos de disregulación neuroconductual, cuya valoración mediante escalas y tratamiento ha sido claramente establecido². A pesar de la aparente uniformidad de criterios, en nuestro país persiste una variabilidad terapéutica interhospitalaria.

Mediante una encuesta telefónica realizada a médicos de 25 unidades de neonatología de hospitales terciarios españoles, hemos documentado el grado de seguimiento de las recomendaciones.

La identificación de un posible SAN y la utilización de escalas de puntuación son una medida que se considera indispensable en el 100% de los centros. El sistema Finnegan, con mayor aceptación internacional, es utilizado por el 92% de los encuestados.

Desde el punto de vista terapéutico, se considera como pilar fundamental la aplicación precoz de medidas no farmacológicas que incluyen una adecuada contención, garantizar

los aportes nutricionales y la integración exitosa del neonato con sus cuidadores.

Respecto al uso de fármacos, aunque existen datos limitados sobre la pauta óptima, el uso de opioides se considera el tratamiento de primera línea³, independientemente de la sustancia implicada o si se trata de una situación de policonsumo. No se evidencian diferencias significativas entre morfina y metadona. En la muestra analizada, un 72% elige los opioides como primera línea en el caso de consumo de una única sustancia. Cuando el SAN aparece en madres con policonsumo de tóxicos, únicamente el 56% los utiliza como primera línea; el 44% restante utiliza fenobarbital. Estudios comparativos publicados no evidencian ventajas del uso de fenobarbital frente a metadona, aunque existen estudios que concluyen que en casos de policonsumo, la terapia combinada (opioides + fenobarbital) reduce la estancia hospitalaria y la duración de los síntomas. Además, distintos ensayos en animales concluyen que el uso de fenobarbital en época neonatal supone un deterioro de la función cerebral. Una revisión retrospectiva de pacientes pediátricos tratados con fenobarbital en periodo neonatal, mostraba una disminución significativa en las funciones cognitivas de estos.

Por otro lado, las recomendaciones actuales incorporan la clonidina como segunda línea terapéutica. Un ensayo aleatorizado doble ciego constata que la asociación de clonidina a la terapia con opioides, reduce la duración de la farmacoterapia. Solo un 8% de los encuestados elige clonidina en terapia combinada⁴.

Por último, estudios recientes demuestran que la buprenorfina sublingual en neonatos con exposición exclusiva a opiáceos, es superior a metadona en duración del