

REFERENCIAS

- 1.- *Ballard JE, Boileau RA, Sleator Ek, Massey Bh, Sprague RL*: Cardiovascular responses of hyperactive children to methylphenidate. *JAMA* 1976; 236: 2870-4.
- 2.- *Brown RT, Wynne MA, Slimmer LW*: Attention deficit disorder and the effect of methylphenidate on attention, behavioral and cardiovascular functioning. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 473-6.
- 3.- *Maxwell TM, Olcott C, Blaisdell FW*: Vascular complications of drug abuse. *Arch Surg* 1972; 105: 875-82.
- 4.- *Klein-Schartz W*: Abuse and toxicity of Metilphenidate. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 219-23.
- 5.- *Klein-Schwartz W, McGrath J*: Poison centers' exoerince with metilphenidate abuse in pre-teens and adolescents *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 288-94.
- 6.- *Brown RT, Sexson SB*: Effects of metilphenidate on cardiovascular responses in attention deficit hyperactivity disordered adolescents. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 79-83.

Dr. Carlos Saieh A.
*Unidad de Nefrología
Departamento de Pediatría
Clínica Las Condes.
Santiago*

MORTALIDAD DEL MENOR DE 1 AÑO

Señor Editor:

En relación al interesante artículo Mortalidad en el menor de 1 año por causas externas, Chile, 2000, de Szot J., publicado en el volumen 74 (5) de 2003, donde se destaca su impresionante disminución entre 1990 y el año 2000, quisiera complementar la discusión que planteó el autor.

Respecto a los motivos que explican esta baja, en mi opinión un factor fundamental ha sido la amplia cobertura que se logró progresivamente en esa década en el Pro-

grama IRA lo que permitió evitar muertes que antes se producían en domicilio y que eran catalogadas como secundarias a aspiración de vómitos.

El estudio de la Mortalidad Infantil Extrahospitalaria realizada en diversos hospitales en los 80 permitió establecer que había una discrepancia diagnóstica con los médicos legistas en este tipo de fallecimientos. En las autopsias realizadas con permiso de los padres, cuando llegaba a la unidad de emergencia un niño fallecido en el domicilio sin claros antecedentes mórbidos, se encontraba con frecuencia contenido alimentario pero sólo a nivel inicial del árbol respiratorio superior. Al estudio histológico se observaba un importante compromiso intersticial y/o alveolar compatible con una patología infecciosa de tipo viral, o bacteriana, y no con un síndrome aspirativo. La explicación para este doble hallazgo sería que los niños hacen aspiración de una regurgitación producida en espasmos premortem sin ser por tanto ésta la causa de la muerte. Estos antecedentes fundamentaron el diseño del Programa IRA.

Como en las autopsias médico legales el propósito es precisar si ha habido acción de terceros, cuando no hay indicios de esto en el examen macroscópico, no se requiere continuar el procedimiento con un análisis histológico y sólo se diagnostica una parte del problema.

Esta situación estimo que podría también estar produciéndose en los certificados del año 2000 y explicaría que todavía siga diagnosticándose en primer lugar la inhalación de contenido gástrico y regurgitación en las muertes de causa externa.

La mayor tasa relativa de la XI región podría corresponder asimismo, al menos en parte, a mortalidad extrahospitalaria asociada a infecciones respiratorias de corta evolución no detectadas.

Saluda atte. a Ud.

Dr. Rolando Saavedra O.