



PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA (SEPIH)



De Beatriz y Carmen



VII Reunión SEPIH

POR UNA PEDIATRÍA INTERNA HOSPITALARIA DE CALIDAD

21 y 22 de Octubre de 2022

Hospital Materno Infantil

Gregorio Marañón — Madrid

sepih.es/sepihna-reunion

ORGANIZA
Sociedad Española de
Pediatria Interna Hospitalaria
SEPIH

SECRETARIA TÉCNICA
Clave Congresos
secretariatecnica@sepih.es
963 764 384 — 656 812 253



EDITORIAL

La coordinación entre niveles, clave para la mejora asistencial pediátrica

La asistencia integral de los niños hospitalizados es el principal objetivo de los pediatras internistas. Pero bien sabemos que para lograr esta meta no podemos comportarnos como islas autónomas, sino que se requiere de la colaboración efectiva con otros niveles asistenciales: atención primaria, urgencias, otros especialidades hospitalarias y nuevos recursos como la Hospitalización a domicilio. Y todo ello considerando los múltiples aspectos de la salud de nuestros pacientes, sus familias y sus entornos comunitarios. En un mundo incierto y cambiante, es un proceder decisivo y primordial que los proveedores de los distintos backgrounds o niveles asistenciales sanitarios resuelvan los problemas conjuntamente: compartiendo la toma de decisiones y consensuando sus mensajes.

Los sucesivos planes de Salud han incluido aquellos marcos teóricos recomendados internacionalmente, intentando dar respuestas efectivas e integrales a las necesidades físicas, emocionales, sociales de los pacientes. Se requieren estrategias claras y propuestas definidas para facilitar la responsabilidad de los resultados en cada uno de los ámbitos asistenciales mediante la coordinación entre niveles asistenciales, así como entre los distintos profesionales de la salud.

En el ámbito pediátrico se abre la necesidad de abordar este trabajo colaborativo entre niveles asistenciales, con una perspectiva multiprofesional. Buscando programas comunes para impulsar modelos que nos aproximen a una cultura de máxima colaboración y eficiencia. Existen dificultades y también oportunidades: alinear todos los esfuerzos y conseguir un “win-win” desde todos los ámbitos profesionales y entre niveles de la Pediatría y sus áreas específicas. Organizar el trabajo asistencial, abordando los problemas sin duplicar esfuerzos y potenciando circuitos claros y definidos. Una visión amplia en la que la comunicación entre profesionales de la salud sea un instrumento básico e imprescindible para el sistema, al igual que lo es la comunicación con las familias para la toma de decisiones compartidas.

No se ha calculado el coste asociado a los errores por las pérdidas de información clara entre niveles y la repetición de acciones sin valor para el paciente, que sin duda alcanzan un alto coste sanitario. Algunos modelos pediátricos presentan signos de desgaste, que afectan a múltiples niveles de nuestro sistema sanitario, en las urgencias, atención primaria, hospitalización y consultas especializadas. Han vuelto, impertérritos tras la Pandemia. En una población pediátrica cada vez más dispar y multicultural, con imparable aumento de morbilidades y de complejidad. Por ello, necesitamos superar barreras de comunicación. Estimular programas y protocolos conjuntos entre los niveles asistenciales y alineados con los objetivos comunes de la continuidad asistencial y la atención centrada en el paciente. Los problemas intrínsecos de cada nivel asistencial dejan así de priorizarse. En busca de una gestión más óptima con implicaciones específicas en cada territorio, donde las alianzas y pactos puedan conseguir una mayor resiliencia del sistema.

En síntesis, presentamos la propuesta de un decálogo de conceptos y de preguntas clave para abrir y aportar reflexiones sobre un tema que nos parece de vital trascendencia.



Núria Gorina Ysern

Equipo Pediatría Territorial Alt Penedés Barcelona

Coordinadora Grupo de trabajo de Coordinación de niveles asistenciales

coordinacionniveles@sepih.es

ACTUALIDAD SEPIH

Eventos próximos y últimas noticias relevantes

Fecha límite de Comunicaciones VII Reunión SEPIH [\[Enlace\]](#)

El 31 de Julio finaliza el plazo de envío de comunicaciones de nuestra reunión científica. Recordamos el alto interés de los temas a tratar, así como la limitación del número de plazas (dado el importante componente práctico). Aprovechad también ya las ventajas de la cuota temprana (tanto económicas como prioridad en la elección del taller). Más info en <https://sepih.es/septima-reunion-sepih/> [\[Enlace\]](#)

Nuevos protocolos SEPIH

Tal y como ha destacado la Dra. Ana Cordón en el editorial se ha desarrollado una iniciativa de renovación y creación de nuevos protocolos relacionados con la Pediatría Interna Hospitalaria. Gracias al esfuerzo de decenas de compañeros de distintos hospitales se recoge una treintena de actualizaciones sobre temas de gran interés para el desarrollo de nuestra especialidad. [\[Enlace\]](#)

Curso Experto Universitario Pediatría Interna Hospitalaria

El Curso coordinado y dirigido por nuestra sociedad que aborda temas fundamentales para el desarrollo de una atención pediátrica completa, segura, de calidad y con temas novedosos, nunca tratados en otros cursos y de gran relevancia. El curso ha sido diseñado de acuerdo con las directrices del EES y la superación supondrá la obtención de un título propio de Experto otorgado por el Instituto de Formación Continua-IL3 de la Universidad de Barcelona equivalente a 29 créditos ECTS. Los socios SEPIH tendrán un 15% de descuento en la matrícula. Accede a toda la información del curso a través de este [\[Enlace\]](#)



Pediatría Interna Hospitalaria en "preparo mi rotación por" en Continuum

Durante el periodo inicial de troncalidad, los MIR realizan una aproximación inicial a aspectos fundamentales de la Pediatría Interna Hospitalaria para su práctica profesional. La posibilidad de disponer de este módulo de aprendizaje constituye una herramienta de gran utilidad para residentes y tutores, que favorecerá el entrenamiento reflexivo y adquisición de las competencias requeridas. [\[Acceso a la actividad\]](#)

Continuum... El portal de formación de la AEP  Asociación Española de Pediatría

Inicio → Qué es → Quiénes somos → MI Continuum

Preparo mi rotación por... Pediatría Interna Hospitalaria

Pediatría Interna Hospitalaria

Descripción
La especialidad de Pediatría Interna Hospitalaria tiene como objeto paciente pediátrico hospitalizado en aspectos diagnósticos, curativos tanto en su dimensión médica como emocional. Además, los pediatras tienen la responsabilidad de desarrollar programas de calidad, implantar la práctica hospitalizada, promover protocolos y guías clínicas de actuación e referentes en la educación sanitaria de nuestra población, e impulsar tecnologías. Los pediatras internistas somos además referentes y pacientes crónicos ingresados.

Cómo citar
Rodríguez Fernández R, Pérez Moreno J, Toledo del Castillo B, Alcalá Minago. Preparo mi rotación por... Continuum 2021. [en línea] [consultado el 13.11.2021].

Para acceder a esta sección debe usted ser socio de la AEP.

GRUPOS DE TRABAJO

- Calidad asistencial y seguridad del paciente gruposeguridad@sepih.es
- Nuevas formas de hospitalización nuevasformashospitalizacion@sepih.es
- Difusión, participación e integración centros hospitalarios hospitales@sepih.es
- Pacientes crónicos y crónicos complejos pacientecronico@sepih.es
- Formación en Pediatría Interna Hospitalaria grupoformacion@sepih.es
- Centros privados hospitalesprivados@sepih.es
- Coordinación de niveles asistenciales coordinacionniveles@sepih.es

ALGUNOS DATOS DE LA SOCIEDAD

En el momento actual somos más de 200 socios de 64 hospitales, y más de 40 acreditados en Pediatría Interna Hospitalaria por la Asociación Española de Pediatría.

Próximo plazo acreditación 30 de octubre 2022.

Más info en: [[asociación SEPIH](#)] [[Acreditación en PIH](#)]

SEPI|+

Sociedad Española de
Pediatría Interna Hospitalaria



Hospital General Universitario Gregorio Marañón
SaludMadrid Comunidad de Madrid



Hospital Infantil Universitario Niño Jesús
SaludMadrid Comunidad de Madrid



SJD
Sant Joan de Déu Hospital
Barcelona · Hospital

Evolución de socios SEPIH



Año	Socios
2013	54
2015	67
2017	103
2018	125
2019	147
2020	165
2021	194
2022	223



Hospital Clínico Universitario de Valencia



HOSPITAL UNIVERSITARIO de LA RIBERA



Gurutzeta Ospitalea Hospital Cruces



TXAGORRITXU OSPITALEA HOSPITAL TXAGORRITXU



HOSPITAL UNIVERSITARIO Virgen del Rocío



Vall d'Hebron Hospital



Hospital Regional Universitario de Málaga



Osakidetza HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA



Parc Taulí Hospital Universitari



Hospital Universitario La Paz



Hospital Carlos III Hospital Cantoblanco

TE ESTAMOS ESPERANDO

TRABAJOS ORIGINALES

Cómo participar en nuestra sección:

Si quieres formar parte del próximo número compartiendo un trabajo original o un caso clínico, envía un correo a la dirección Revista_PedHosp@sepih.es y te ayudaremos a hacerlo.

¡No olvides que este espacio existe por y para ti! ¡Muchas gracias por tu colaboración!

Variante escarlatiniforme del síndrome de la piel escaldada estafilocócica en pacientes pediátricos

Scarlatiniform variant of staphylococcal scalded skin syndrome in pediatric patients

A. Martínez Sebastián¹, David Aínsa Laguna¹

¹Pediatra adscrito al Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Correspondencia: e-mail: aliciamarsebastian@gmail.com

Resumen:

Introducción: el síndrome de la piel escaldada por estafilococos (SSSS), también conocido como enfermedad de Ritter, es una enfermedad rara potencialmente mortal, que se presenta con mayor frecuencia en recién nacidos y niños menores de 5 años. Está causada por la toxina exfoliativa de ciertas cepas de *S. aureus*, presentándose con un amplio espectro fenotípico, en la que se incluye su variante escarlatiniforme.

Casos clínicos: presentamos dos casos: una mujer de 2 años y un varón 7 años que acudieron a urgencias con lesiones compatibles con SSSS variante escarlatiniforme, siendo nuestra primera impresión diagnóstica de escarlatina. Tras comprobar la denudación cutánea en una exploración más minuciosa, los pacientes fueron ingresados para recibir tratamiento con antibioterapia intravenosa, recuperándose favorablemente, confirmándose el diagnóstico mediante aislamiento de *Staphylococcus aureus*.

Conclusiones: si bien el fenotipo severo clásico del SSSS es ampliamente reconocido en los niños, existe un espectro con variantes leves y moderadas. Entender mal el espectro fenotípico del SSSS puede resultar en un diagnóstico erróneo de una afección tratable. El diagnóstico y el tratamiento precoces son imprescindibles para reducir la morbilidad y la mortalidad asociada a esta patología.

Nuestro objetivo es sensibilizar al personal médico sobre la heterogeneidad del SSSS, para conseguir un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: síndrome de la piel escaldada, escarlatina, *Staphylococcus aureus*

Abstract:

Introduction: Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS), also known as Ritter's disease, is a rare, life-threatening disease that occurs more frequently in newborns and children under 5 years of age. It is caused by exfoliative toxins of certain strains of *S. aureus*, presenting a wide phenotypic spectrum, which includes its scarlatiniform variant.

Clinical case: We present two cases, a 2-year-old girl and a 7-year-old boy, respectively, who attended the emergency room with lesions compatible with SSSS scarlatiniform variant, being our first diagnostic impression of scarlet fever.

After verifying the skin denudation in a more detailed examination, the patients were admitted to receive treatment with intravenous antibiotic therapy, recovering favorably, confirming the diagnosis by isolating *Staphylococcus aureus*.

Conclusions: Although the classic severe phenotype is widely recognized in children, there is a spectrum with mild and moderate variants. Misunderstanding the phenotypic spectrum of SSSS can result in a misdiagnosis of a treatable condition. Early diagnosis and treatment are essential to reduce the morbidity and mortality associated with this disease.

Our objective is to sensitize doctors about the heterogeneity of the SSSS, to achieve an adequate diagnosis and treatment.

Key words: scalded skin syndrome, scarlet fever, *Staphylococcus aureus*

Introducción:

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SSSS) o enfermedad de Ritter es un cuadro cutáneo eritemato-ampollosa secundario a la diseminación hematogena de las exotoxinas exfoliativas A y B (ETA/ETB) producidas por determinadas cepas de *Staphylococcus aureus* del tipo II (fagotipos 3A, 3B, 3C, 55 y 71) que causan ampollas generalizadas y denudación de la piel. Solo el 5% de los *Staphylococcus aureus* aislados producen estas toxinas.¹

La enfermedad afecta, preferentemente, a los recién nacidos y a los niños menores de 5 años (con un pico entre los 2 y 3 años) debido al menor aclaramiento renal de la toxina y a los niveles más bajos de anticuerpos neutralizantes en este grupo etario, aunque también puede desarrollarse en edades posteriores de la infancia y en adultos con patología subyacente, siendo la ratio hombre-mujer 1:1 en la infancia, 2:1 en población adulta. Es una entidad dermatológica poco frecuente con una incidencia acumulada del 7.5 por cada 100.000 habitantes (en niños menores de 1 año) y del 0.94 por cada 100.000 (en niños entre 1 y 17 años) que en fases iniciales puede ser confundida con otras enfermedades según su presentación clínica y curso evolutivo.¹

Se describen 3 formas de presentación: clásica o generalizada (cuyo principal diagnóstico diferencial es el síndrome de Lyell o Necrólisis epidérmica tóxica), impétigo bulloso o localizado (producida por la diseminación hematogena de las exotoxinas desde el impétigo) y escarlatiniforme, como en los pacientes presentados.²

Con estos casos, se destaca la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de los pacientes que presentan lesiones ampollosas, denudadas o escarlatiniformes, algunas de las cuales pueden presentar una alta mortalidad, con el objetivo de aplicar el tratamiento más adecuado.

Caso clínico 1: mujer preescolar de 2 años que acude a urgencias por lesiones exudativas y costrosas en región perioral sin afectación de mucosas junto a áreas eritematosas de bordes mal definidos y dolorosas a la palpación en región cervical, área del escote, pliegues inguinales, axilares y cubitales desde hace 48 horas e hipersensibilidad cutánea junto con una placa denudada en escote y región retroauricular derecha (**figuras 1, 2**), signo de Nikolsky negativo. Afebril. El diagnóstico clínico de sospecha en un primer momento es de escarlatina, sospechando un SSSS tras objetivar mínimas áreas denudadas. Se extrajo una analítica sanguínea destacando PCR 5 mg/L, procalcitonina < 0,12 ng/ml, leucocitos 9.400, neutrófilos 6.100 (65.3%), coagulación, gasometría venosa y bioquímica normales y se cursó ingreso para inicio de tratamiento intravenoso con cloxacilina (100 mg/kg/día) y clindamicina (40 mg/kg/día) según resistencias del área junto a fluidoterapia a necesidades basales, realizándose a su vez curas locales con agua sulfatada y mupirocina tópicas. Al cuarto día de tratamiento, tras resultado de antibiograma y Ag SARM negativo, se desescala antibioticoterapia a cloxacilina suspendiendo clindamicina. La paciente presentó buena evolución clínica, permaneciendo afebril durante su ingreso (ascenso térmico máximo de 37.3°C), resto de constantes estables. El exudado de las lesiones periorales fue positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina, resultando el cultivo faríngeo y nasal negativos. Hemocultivo negativo. La paciente fue dada de alta tras 7 días de antibioterapia intravenosa y práctica resolución de las lesiones, completando el tratamiento ambulatoriamente durante un total de 10 días.



Figura 1. Costras melicéricas en disposición radiada peribucal junto con eritema en surcos nasogenianos y región palpebral, eritema en cuello, axilas y pliegue antecubital junto a escasas áreas de despegamiento epidérmico cubiertas por costras en región pectoral y antebrazo derecho



Figura 2. Eritema en cuello

Caso clínico 2: varón escolar de 7 años que acude a urgencias por lesiones costrosas en región perioral sin afectación de mucosas, junto a áreas eritematosas de bordes mal definidos en región cervical, área del escote, pliegues inguinales, axilares (con pequeña área denudada en hombro derecho) y cubitales desde hace 24 horas y gran hipersensibilidad cutánea (**figuras 3 y 4**). Signo de Nikolsky negativo. Afebril. El diagnóstico clínico de sospecha en un primer momento es de SSSS variante escarlatiniforme. Se extrajo una analítica sanguínea destacando PCR 5 mg/L, procalcitonina < 0,02 ng/ml, leucocitos 8.000, neutrófilos 4.700 (58%), coagulación, gasometría venosa y bioquímica normales y se cursó ingreso para inicio de tratamiento intravenoso con cloxacilina (100 mg/kg/día) y clindamicina (40 mg/kg/día) según resistencias del área junto a fluidoterapia a necesidades basales, realizándose a su vez curas locales con agua sulfatada y mupirocina tópicas. Al cuarto día de tratamiento, tras resultado de antibiograma y Ag SARM negativo, se desescala antibioterapia a cloxacilina oral que se mantiene durante 7 días. El paciente presentó buena evolución clínica, permaneciendo afebril durante su ingreso (ascenso térmico máximo de 37.6°C), resto de constantes estables. El exudado de las lesiones periorales y nasales fue positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina, resultando el cultivo faríngeo negativo. Hemocultivo negativo. El paciente fue dado de alta tras 4 días de antibioterapia intravenosa y práctica resolución de las lesiones, completando el tratamiento ambulatoriamente durante un total de 7 días.



Figura 3. Costras melicéricas en disposición peribucal y nasal junto con eritema en surcos nasogenianos y región palpebral, eritema en cuello y axilas



Figura 4. Eritema en pliegue inguinal y abdomen.

Discusión:

El SSSS es una enfermedad infrecuente en nuestro medio. El *Staphylococcus aureus* se localiza en las mucosas (de vías respiratorias altas principalmente) y produce toxinas que pasan al torrente sanguíneo, lo que da lugar a un cuadro de descamación epidérmica, a distancia del foco inicial. Las exotoxinas inducen la ruptura del complejo desmogleína 1 (cadherina desmosomal implicada en la adhesión de los queratinocitos en el estrato granuloso de la epidermis superior pero no de las membranas mucosas, lo que explica la no afectación de las mucosas en esta entidad), produciendo interrupción de la adhesión y escisión de los queratinocitos dentro el estrato granuloso que conduce a la formación de bullas y posterior descamación.

Clínicamente, el fenotipo clásico se presenta como un cuadro con malestar general, irritabilidad y aparición de un exantema eritematoso generalizado que progresa a un exantema escarlatiniforme con hiperestesia cutánea que, junto con la afectación periorificial, deben hacer sospechar precozmente esta entidad. Dentro del SSSS hay un amplio espectro fenotípico que el médico debe conocer, con variantes de presentación leves, moderadas y graves.³

Por su parte, la variante escarlatiniforme se cree que es debida a mutaciones en la exotoxina perdiendo su actividad epidermolítica. Este fenotipo se caracteriza por fiebre, irritabilidad e hiperalgesia cutánea, aparición de un exantema escarlatiniforme acentuado en los pliegues y asociado con descamación escamosa, pero sin exfoliación significativa, siendo el signo de Nikolsky negativo.⁴

Las áreas más frecuentemente afectadas son los grandes pliegues y las zonas periorificiales. Entre uno y tres días después, se inicia la fase exfoliativa. En esta, pueden aparecer ampollas laxas propensas a las rupturas con descamación posterior (signo de Nikolsky positivo), dejando superficies erosivas, eritematosas y húmedas que se secan alrededor de 24 horas después. La evolución natural es la regeneración de la piel en 10-14 días sin cicatrices.⁴

Las complicaciones más frecuentes son la deshidratación, alteraciones electrolíticas, hipotermia y la sobreinfección de las lesiones cutáneas. En los casos graves y/o con complicaciones, la mortalidad oscila entre el 1% y el 4%.⁴

El diagnóstico es clínico y se puede aislar *Staphylococcus aureus* en el cultivo de frotis de sitios de infección o colonización donde se originan las toxinas previamente a su diseminación (localización nasal, faríngea, conjuntival, axilar, perioral o umbilical). Los cultivos de las lesiones cutáneas (ampollas) son estériles, ya que están producidas por la acción de las toxinas.^{3,4}

No debemos olvidar que la sospecha de esta entidad obliga a realizar un amplio diagnóstico diferencial con patologías menos frecuentes, implicando algunas de ellas una mayor gravedad, como son la necrólisis epidérmica tóxica o el Síndrome de Stevens Johnson, el impétigo bulloso, la epidermólisis ampollosa, la mastocitosis ampollosa, el penfigoide ampollosa, el pénfigo vulgar, las quemaduras térmicas escaldantes, la enfermedad de Kawasaki o la escarlatina, como en nuestro caso. (Tabla 1).^{5,6}

El tratamiento de elección es la cloxacilina intravenosa pudiendo considerarse el tratamiento por vía oral en formas leves y tempranas con buen estado general en inmunocompetentes. En áreas con alta prevalencia de *Staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA) o en pacientes que no responden al tratamiento inicial, se recomienda el uso de vancomicina, clindamicina o linezolid. La clindamicina, un inhibidor ribosómico, se recomienda con frecuencia conjuntamente como agente de primera línea en SSSS porque inhibe la producción de toxina de *Staphylococcus aureus* independientemente de sus propiedades antibióticas, no recomendando su uso empírico en monoterapia por la alta tasa de resistencias. En general, favorecemos las cefalosporinas y penicilinas resistentes a la penicilinas (por ejemplo, oxacilina) para el tratamiento empírico de SSSS, con la consideración de agregar cobertura MRSA (como la vancomicina o la clindamicina) en comunidades con alta prevalencia de MRSA, para pacientes que presentan sepsis o enfermedad sistémica grave o con mala evolución tras varios días de tratamiento.^{6,7}

El diagnóstico precoz y la instauración rápida de un tratamiento eficaz resultan de gran importancia a la hora de evitar las complicaciones y reducir la morbimortalidad.

	SSSS	SSJ	NET/EL	Escarlatina
Etiología	<i>Staphylococcus aureus</i> (ETA, ETB)	Fármacos Infecciones (<i>Mycoplasma</i> , <i>Citomegalovirus</i>)	Fármacos (anticonvulsivantes, AINE, antibióticos)	<i>Streptococcus beta</i> -hemolítico serogrupo A (<i>S. Pyogenes</i>)
Clínica	VARIANTES: generalizada o clásica, localizada o impétigo bulloso, escarlatiniforme. Malestar, fiebre, irritabilidad. Exantema eritodérmico exfoliativo, doloroso con ampollas, edema facial y costras periorales	Síntomas constitucionales, lesiones en diana atípicas en tronco y extremidades < 10% superficie corporal	Síntomas constitucionales, eritema generalizado, ampollas flácidas y erosiones > o = 30% superficie corporal	Fiebre, faringoamigdalitis, exantema eritodérmico de tacto rugoso y color rojo acentuado en pliegues y flexuras (signo de Pastia), descamación NO BULLAS O VESÍCULAS
Afectación de mucosas	NO	SÍ	SÍ	SÍ Lengua aframbuesada
Signo de Nikolsky	+/-	+	+	-
Tratamiento	Antibiótico	Corticoterapia, ciclosporina, antibiótico, Ig ...	Corticoterapia, ciclosporina, Ig ...	Antibiótico
Mortalidad	Niños: <5% Adultos: >59%	5-50% (SCORTEN Scale)	5-50% (SCORTEN Scale)	<1%

Tabla 1. Diagnóstico diferencial (SSSS: *staphylococcal scalded skin syndrome*. SJ: síndrome de Stevens Johnson. NET: necrólisis epidérmica tóxica. EL: enfermedad de Lyell)

Conclusiones:

El síndrome de la escaldadura estafilocócica es una entidad dermatológica poco frecuente, con un amplio espectro fenotípico con variantes leves, moderadas y graves, además de su variante clásica que, en fases iniciales, puede ser confundida con otras infecciones más prevalentes como son la escarlatina, según la variante fenotípica de presentación del SSSS, por lo que el médico debe estar familiarizado con su amplio espectro de presentación para favorecer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, pudiendo la escaldadura evolucionar a formas graves sin un adecuado manejo terapéutico.

Conflicto de intereses: los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Wang Z, Feig JL, Mannschreck DB, Cohen BA. Antibiotic sensitivity and clinical outcomes in staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatr Dermatol.* 2020 Jan;37(1):222-223. doi: 10.1111/pde.14014
2. Godoy Gijón E, Alonso San Pablo MT, Ruiz-Ayúcar de la Vega I, Nieto González G. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica variante escarlatiniforme. *An Pediatr (Barc).* 2010;72(6):434-435. doi: 10.1016/j.anpedi.2009.11.018
3. Beraghi M, Sánchez Ruiz P, Pareja Grande, J, Sánchez García S, et al. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica en un paciente pediátrico con dermatitis atópica. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(1):e30-e33. doi: 10.5546/aap.2020.e30.
4. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *World J Pediatr.* 2018; 14(2):116-20. doi: 10.1007/s12519-018-0150-x.
5. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral* 2014; 18(1): 22-36. doi:101136/bmj3082.
6. Mazori DR, Leonard A, Alexander JB, Glick SA. The spectrum of staphylococcal scalded skin syndrome: a case series in children. *Clin Exp Dermatol.* 2020 Apr;45(3):333-336. doi: 10.1111/ced.14116.
7. Hodille E, Rose W, Diep BA, Goutelle S, Lina G, Dumitrescu O. The role of antibiotics in modulating virulence in *staphylococcus aureus*. *Clin Microbiol Rev.* 2017;30:887-917. doi: 10.1128/CMR.00120-16.

Colaboración entre niveles asistenciales pediátricos: aspectos clave y decálogo de recomendaciones

Collaboration between pediatric care levels: Key issues and decalogue of recommendations

Autores: Núria Gorina Ysern¹, Pedro J. Alcalá Minagorre², Juan José García García³, Vicente Morales Hidalgo⁴

¹Pediatra. Equipo Pediatría Territorial Att Penedés. Barcelona. Soporte Dirección de Equipo de Atención Primaria ²Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital San Juan de Alicante. ³Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. ⁴Pediatra.

Palabras clave: coordinación asistencial, continuidad asistencial, niveles asistenciales, calidad asistencial,

Keywords: Continuity of Patient Care/organization and administration, continuity of care, levels of care, quality of care.

La colaboración entre niveles asistenciales constituye un gran reto en todos los ámbitos de la pediatría. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona debe ser una prioridad compartida en todos los escenarios: atención primaria, atención urgente, hospitalización convencional y a domicilio. La complejidad de las organizaciones sanitarias, la división y especialización de los servicios, y los continuos avances en la práctica clínica requieren gran flexibilidad. Deben ser tiempos colaborativos, sin freno de mano a los proyectos que aumenten capacidades y habilidades de cohesión de los equipos; que sean moneda de cambio y un esfuerzo de adaptación a la nueva realidad para dar valor y sentido a la experiencia del paciente y a la labor de los profesionales.

La colaboración entre niveles facilita la resolución de problemas y trabajar con responsabilidades compartidas. Existen dos elementos clave: 1) la actividad colectiva que facilite el trabajo y aborde la complejidad de las necesidades del paciente y 2) la dinámica diaria de los equipos que integran perspectivas de todos los profesionales y en la que los miembros de distintos ámbitos o equipos confían entre sí.

Los cambios que conllevan esta visión son enormes: la satisfacción del paciente y su familia, mayor seguridad, con menos pérdidas de información, complicaciones y errores clínicos. Es coste eficiente y sobre todo evita duplicación de esfuerzos y la dispersión de los problemas de los pacientes. Los distintos modelos, adaptables a cada territorio, también ofrecen mayor satisfacción y motivación a los profesionales. Promueven el trabajo en equipo basado en la formación interprofesional, en la atención centrada en el paciente y en la comunicación interprofesional mediante protocolos consensuados. Se trata de superar las barreras entre niveles, centrándose en la visión de alianzas y en la cooperación para conseguir decisiones conjuntas. Distintas formas de trabajar, para optimizar el manejo de los pacientes complejos que requieren abordajes con ópticas más abiertas y consensuadas.

Entre los distintos ámbitos asistenciales implicados en la asistencia surgen una serie de consideraciones que pueden ser de ayuda para modular los cambios necesarios para la mejor coordinación. Algunas de ellas se exponen en la **Tabla 1**. Basándonos en estas consideraciones, desde el Grupo de Trabajo de coordinación de Niveles Asistenciales de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH) se ha elaborado un decálogo inicial de recomendaciones, que no es ni mucho menos exhaustivo, pero cuyo cumplimiento sería un primer paso deseable para lograr la mejor atención integral del niño hospitalizado (Figura 1).

Tabla 1.- Aspectos clave en Pediatría Interna Hospitalaria para mejorar la coordinación pediátrica entre niveles asistenciales	
Durante la hospitalización	Realizar la transferencia de cuidados mediante herramientas normalizadas (IDEAS/SBAR) y siempre que sea posible a pie de cama Promover actitudes colaborativas, para estimular programas y formación adecuada entre niveles Compartir mensajes previamente consensuados entre equipos con la familia y el paciente Atender las inquietudes y necesidades de la familia
Con otras especialidades durante el ingreso	Desarrollar una dirección estratégica compartida en la que se trabaje conjuntamente hacia metas definidas Coordinar los equipos de atención del niño hospitalizado, manteniendo la visión integral Consensuar las pautas y el seguimiento con especialistas, previas al alta Facilitar las recomendaciones y el seguimiento especializado al alta
Con especialidades quirúrgicas	Sistematizar la atención perioperatoria pediátrica de forma conjunta e interdisciplinar Generar una actitud anticipatoria frente a las posibles complicaciones Facilitar y consensuar las recomendaciones quirúrgicas al alta entre todos los niveles, tanto a nivel médico como enfermero
Con otros centros hospitalarios	Impulsar el contacto y la asistencia compartida entre centros hospitalarios de diferente nivel asistencial Potenciar los acuerdos entre centros asistenciales para aprovechar las sinergias Proponer circuitos claros y criterios de derivación para no repetir acciones Impulsar una comunicación fluida, con actitud de confianza y espíritu de mejora
Con hospitalización domiciliaria	Considerar la hospitalización domiciliaria como alternativa para facilitar una pronta reincorporación del niño a su entorno Liderar los equipos del niño hospitalizado a domicilio con espíritu abierto Trabajar teniendo en cuenta las recomendaciones efectuadas desde otros niveles o especialidades Promover programas comunes para implantar cambios y mejoras
Con los equipos de atención primaria	Desarrollar protocolos de actuación conjuntos Promover la continuidad asistencial de los problemas del paciente tras el alta Impulsar la comunicación bidireccional prealta Definir nuevas figuras como gestores clínicos para organizar comunicación multidisciplinar Disponer de carteras de servicios definidas y actualizadas entre niveles Programar acciones formativas para incrementar el grado de capacitación
Con los Servicios de Urgencia	Coordinar circuitos estructurados entre urgencias/observación y planta y equipos de atención primaria Disponer de espacios, físicos o virtuales, de planificación y atención compartida Favorecer una comunicación bidireccional prealta
Con la hospitalización de pacientes crónicos	Durante el ingreso hospitalario, coordinar los estudios y tratamientos por parte de los distintos especialistas para una atención ágil y eficiente Generar una atención pediátrica conjunta e interdisciplinar durante hospitalización Planificar de forma individualizada y coordinada las actuaciones entre niveles asistenciales de forma unificada y conocida por todos Desarrollar acciones conjuntas para comunicación fluida multiprofesional
Transición a unidades de adultos	Crear itinerarios de transición de adolescentes con patologías crónicas a las unidades de adultos de forma coordinada con las familias Coordinar con el paciente la transferencia real hacia la Unidad familiar y comunitaria que integrará las necesidades de adulto, en su nuevo entorno sanitario
Con las familias	Revisar del plan terapéutico al alta de forma sistemática con el paciente y la familia (por ejemplo el acrónimo inglés MEDRITES -click para más info-) Respetar el entorno, prioridades, necesidades físicas y emocionales del paciente Impulsar los talleres para pacientes y en herramientas comunicativas profesionales Informar y solicitar el consentimiento del paciente/familiar ante procedimientos o tratamientos que lo requieran

Basándonos en estas consideraciones, desde el Grupo de Trabajo de coordinación de Niveles Asistenciales de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH) se ha elaborado un decálogo inicial de recomendaciones, que no es ni mucho menos exhaustivo, pero cuyo cumplimiento sería un primer paso deseable para lograr la mejor atención integral del niño hospitalizado (Figura 1).

Conclusiones:

Debemos continuar avanzando en estrategias de coordinación entre niveles asistenciales, desarrollando infraestructuras organizativas y funcionales y asumiendo las competencias y funciones citadas. Potenciar formas de comunicación con todos los profesionales implicados en la salud es la base o el instrumento imprescindible para un sistema de salud que persiga la continuidad asistencial del paciente pediátrico en todas sus etapas y situaciones. Este cambio de paradigma exige la resolución de problemas muchas veces provocados por visión parcial de nuestra profesión, que abocan a la fragmentación de la asistencia.

Se trata de conseguir el compromiso de todos los profesionales de la salud hacia un modelo flexible y accesible y con una necesaria orientación territorial. No se trata de un planteamiento utópico. Hace años que existen iniciativas y los planes estratégicos que persiguen la capacidad resolutoria y participativa de los equipos. Muestran que la coordinación entre niveles contribuye a la asistencia sanitaria eficiente y humanizada, próxima al niño y su familia. Es cuestión de continuar en esta línea. No olvidamos la necesidad de un marco teórico para el análisis de la coordinación asistencial. Sistematizar los mecanismos y contar con indicadores para medir y poder evaluar el impacto de la coordinación asistencial, en términos de compartir, cooperar, comunicar y cocrear.

Referencias:

- 1.- Miró M. Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educ Med.* 2016;17(1):21-24.
- 2.-Saint-Pierrea C, Herskovica, C, Sepúlveda M . Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice*, 2018, Vol. 35, No. 2, 132–141
- 3.-Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12: s9-s72.
- 4.- McGinnis JM, Berwick DM, Dashchle TA et al. Systems Strategies for Better Health Throughout the Life Course: A Vital Direction for Health and Health Care. Available at: <https://www.rootcausecoalition.org/wp-content/uploads/2017/09/Systems-Strategies-for-Better-Health-Throughout-the-Life-Course.pdf> Accessed November 20, 2020.
- 5.-Morales V. Pujol C, Editorial Nous Vincles en Primaria. https://issuu.com/hospitalsantjoandedeu/docs/2009_03_nousvincles_002
- 6.- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;8.
- 7.-Hernando Helguero P, Sánchez Pina C. La continuidad de cuidados: coordinación entre el pediatra de Atención Primaria y el pediatra del hospital. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012;5.
- 8.-Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berriategortua I, et al. Puntos negros de la asistencia a la población infanto-juvenil en Atención Primaria en España *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13:15-31
- 9.- Philips K, Zhou R, Lee DS, Marrese C, Nazif J, Browne C, Sinnott M, Tuckman S, Modi A, Rinke ML. Implementation of a Standardized Approach to Improve the Pediatric Discharge Medication Process. *Pediatrics.* 2021 Feb;147(2):e20192711



Sociedad Española de
Pediatria Interna Hospitalaria

10 PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

<input type="checkbox"/> DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Generalizar el uso de herramientas normalizadas para la transferencia de cuidados (IDEAS/SBAR) y siempre que sea posible realizar relevos a pie de cama	<input type="checkbox"/> CON ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS Favorecer una dirección estratégica compartida en la que se trabaje conjuntamente hacia metas definidas
<input type="checkbox"/> CON ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS Sistematizar la atención perioperatoria pediátrica de forma conjunta e interdisciplinar, con una actitud anticipatoria frente a las posibles complicaciones	<input type="checkbox"/> CON OTROS CENTROS HOSPITALARIOS Impulsar el contacto y la asistencia compartida entre centros hospitalarios de diferente nivel asistencial
<input type="checkbox"/> CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Priorizar y promover la atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional siempre que sea posible	<input type="checkbox"/> CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Consensuar protocolos de actuación conjuntos. Promover la continuidad asistencial de los problemas del paciente al alta
<input type="checkbox"/> CON URGENCIAS Establecer una coordinación adecuada y circuitos estructurados entre urgencias, unidades de observación y hospitalización	<input type="checkbox"/> CON HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS Durante el ingreso hospitalario, coordinar estudios y tratamientos por parte de los distintos especialistas para una atención ágil y eficiente
<input type="checkbox"/> EN LA TRANSFERENCIA A UNIDADES DE ADULTOS Crear itinerarios de transición de adolescentes con patologías crónicas a las unidades de adultos y coordinar con las familias el traspaso	<input type="checkbox"/> CON LAS FAMILIAS Revisar plan terapéutico de alta conjuntamente y de forma sistemática con el paciente y la familia (MEDRITES)

Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria [SEPIH](#), Julio 2022

Figura 1.- Decálogo SEPIH de recomendaciones para la mejora de coordinación entre niveles asistenciales

ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad de la Pediatría Interna Hospitalaria en las principales revistas científicas

ACTA PÆDIATRICA [NURTURING THE CHILD]

Revisión sistemática del uso de la broncoscopia flexible para extracción de cuerpos extraños en pacientes pediátricos

Anastasios-Panagiotis Chantzaras, Panagiota Panagiotou, Spyridon Karageorgos, Konstantinos Douros. Acta Paediatrica. 2022;111:1301–1312. [\[enlace\]](#)

Revisión de artículos publicados de 2001 a 2021 sobre el uso del broncoscopio flexible en la extracción de cuerpos extraños. Revisaron 23 artículos con un total de 2588 procedimientos, encontrando que la extracción mediante fibrobroncoscopio flexible fue exitosa en el 87.1%, no encontrando complicaciones significativas. El mayor porcentaje de éxito lo conseguían en cuerpos extraños no muy grandes, de origen vegetal y que estuvieran en el árbol bronquial. Concluyen que el fibrobroncoscopio flexible puede ser considerado como una primera opción para la extracción de cuerpos extraños en el árbol bronquial.

Un nuevo modelo de predicción multivariable PEdiatric SEpsis reconocimiento y estratificación (PESERS score) muestra una excelente capacidad discriminatoria.

Ribalta AS, Launes C, Villalobos AF, Balager M, Luaces C, Garrido R, et al. Jordan. Acta Paediatrica. 2022;111:1209-1219. [\[enlace\]](#)

Estudio prospectivo sobre un total de 210 pacientes en los que se recogieron un total de 45 variables para discriminar y realizar un score para la detección precoz de sepsis en pacientes pediátricos menores de 18 años. Tras el estudio estadístico se reconocieron 11 variables que forman parte del score y comprobaron que con una puntuación de 5 o más obtenían una sensibilidad del 98% y una especificidad del 76.7%, VPP 87.9% y VPN 93.7%. Concluyen que este nuevo score es útil para la detección precoz de pacientes con sepsis.

anales de pediatría

Asociación Española de Pediatría

Documento de recomendaciones sobre rehidratación intravenosa rápida en gastroenteritis aguda

Mora-Capín A, López-López R, Guibert-Zafra B, de Ceano-Vivas La Calle M, Porto-Abad R, Molina-Cabañero JC, et al; Recommendation document on rapid intravenous rehydration in acute gastroenteritis. Grupo de Trabajo de Hidratación y Trastornos electrolíticos de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. An Pediatr (Engl Ed). 2022 Jun;96(6):523-535. doi: 10.1016/j.anpede.2021.04.011. Epub 2022 May 24. PMID: 35624005. [\[Enlace\]](#)

La gran variabilidad de las pautas de rehidratación intravenosa rápida (RIR) en niños con deshidratación secundaria a gastroenteritis aguda (GEA) en la práctica clínica ha promovido este documento de consenso obligado para los pediatras hospitalarios. El documento establece 16 recomendaciones, destacando como principales: 1) la RIR es segura en niños con deshidratación leve-moderada secundaria a GEA, salvo contraindicación expresa o comorbilidad aguda grave (recomendación fuerte, evidencia moderada); 2) se recomienda su uso en este contexto cuando la

rehidratación oral haya fracasado o esté contraindicada (fuerte, alta); 3) se recomienda utilizar sueros isotónicos (fuerte, alta), sugiriendo como primera opción el suero fisiológico (débil, baja), añadiendo glucosa (2,5%) en pacientes con glucemia normal y cetosis (fuerte, moderada); 4) se recomienda un ritmo de infusión de 20 mL/kg/hora (fuerte, alta), durante una a cuatro horas (fuerte, moderada). Todas ellas basadas en la evidencia científica disponible, para contribuir a homogeneizar el uso de la RIR en nuestro medio.

Archives of Disease in Childhood

Guía de consentimiento informado y asentimiento para ensayos clínicos pediátricos en Europa

Lepola P, Kindred M, Giannuzzi V, Glosli H, Dehlinger-Kremer M, Dalrymple H, et al. Informed consent and assent guide for paediatric clinical trials in Europe. *Arch Dis Child*. 2022 Jun;107(6):582-590. [[Enlace](#)]

En el desarrollo de ensayos clínicos pediátricos en Europa, donde los niños suponen el 20% de la población, no existen guías detalladas que determinen exactamente la forma de elaborar documentos de consentimiento informado y asentimiento (ya que muchas veces no están diseñados para una adecuada comprensión por los niños). El presente documento recopiló y analizó la orientación legal, ética y reglamentaria actual de la UE para ensayos clínicos pediátricos, supervisado por el grupo asesor de la Red Europea de Jóvenes. De este modo, podremos mejorar la participación de nuestros pacientes durante todo el desarrollo del ensayo de forma adecuada a su edad y su madurez, y permitirá mejorar la interconexión de las autoridades sanitarias, con los centros de investigación y los comités de ética de los diferentes organismos.

Servicio de salud mental para adolescentes hospitalizados en Reino Unido

Hayes D, Thievendran J, Kyriakopoulos M. Adolescent inpatient mental health services in the UK. *Arch Dis Child*. 2022 May;107(5):427-430. [[Enlace](#)]

La salud mental es un aparte fundamental dentro de la salud global de nuestros pacientes. En nuestro entorno se han abierto cada vez más unidades de Hospitalización para patología psiquiátrica, por el incremento de necesidades en este grupo de edad. En este trabajo se refieren a estas unidades como una parte imprescindible para garantizar la salud mental de los adolescentes, ya que proporcionan evaluación y tratamiento a jóvenes muy afectados, que pueden tener alto riesgo para su propia integridad vital. Un buen ejemplo de UK es que ha desarrollado unidades que satisfacen adecuadamente las necesidades de los jóvenes. Si bien la hospitalización es clave en determinadas circunstancias, también se asocia a efectos adversos para los pacientes, que posiblemente deben combinarse con estrategias ambulatorias.

BMJ Paediatrics Open

Asma en Pediatría

Martin J, Townshend J, Brodrie M. Diagnosis and management of asthma in children *BMJ Paediatrics Open* 2022;6:e001277 [[Enlace](#)]

En este artículo de revisión se realiza una aproximación global al asma en edad pediátrica, con sus manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y abordajes terapéuticos a todos los niveles. Se incluyen las recomendaciones y elementos diferenciales de las principales guías nacionales e internacionales. Incluye los desafíos terapéuticos actuales, y aspectos como los predictores de asma amenazante para la vida y conveniencia de los planes de acción actualizados para los pacientes.

Current Opinion in
Pediatrics

Riesgos para la población pediátrica de los productos comestibles con cannabis

Lin A, O'Connor M, Behnam R, Hatef C, Milanaik R. Edible marijuana products and potential risks for pediatric populations. *Curr Opin Pediatr.* 2022 Jun 1;34(3):279-287. [\[Enlace\]](#)

Este artículo presenta una revisión sobre el riesgo que suponen para la población infantil los productos que contienen cannabis elaborados para su consumo por vía digestiva. Existe un aumento global de la legalización del cannabis y de su banalización social, por lo que cada vez hay más productos derivados del cannabis o que contienen cannabis disponibles en el mercado. Entre ellos están los que se elaboran para su consumo oral, tanto en forma de bebida como de comida. Al contrario que la vía inhalada, no emanan el humo con el olor que la caracteriza, por lo que existe un mayor riesgo de consumo inadvertido. Además, en algunos países, los fabrican en forma de caramelos o golosinas, por lo que pueden ser apetecibles para niño y adolescentes. El conocimiento de estos nuevos aspectos sociales entre los adolescentes es importante para el pediatra internista hospitalario.

European Journal of
Pediatrics

Transición hacia la asistencia del adulto

Pape L, Ernst G. Health care transition from pediatric to adult care: an evidence-based guideline. *Eur J Pediatr.* 2022 May;181(5):1951-1958. [\[Enlace\]](#)

En este artículo se presenta un la Guía de Práctica Clínica alemana para la transición de la asistencia sanitaria desde la pediatría hacia la edad adulta. La transición hacia la medicina del adulto es fundamental para los pacientes pediátricos con patología crónica, los cuales no dejan de crecer. Esta transición se organiza a nivel local, de forma diferente dependiendo del lugar y de la patología de base, por lo que es importante disponer de una GPC basada en la evidencia.

Abuso de pantallas de los niños hospitalizados

Chaiseksamphan O, Chonchaiya W. Screen media use in hospitalized children: a prospective observational study. *Eur J Pediatr.* 2022 Jun;181(6):2357-2366. [\[Enlace\]](#)

En este artículo se presenta un estudio descriptivo en el que se expone el patrón de uso de pantallas entre los niños hospitalizados. Aunque es unicéntrico y realizado en Tailandia, probablemente muestra la realidad de nuestro medio y de nuestra sociedad actual.

La intervención con terapias con payasos de hospital pueden reducir el dolor

Fusetti V, Re L, Pigni A, Tallarita A, Cilluffo S, Caraceni AT, Lusignani M. Clown therapy for procedural pain in children: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr.* 2022 Jun;181(6):2215-2225. [\[Enlace\]](#)

En este artículo se presenta una revisión sistemática y meta-análisis sobre el efecto de la intervención con payasos de hospital para reducir el dolor en la población pediátrica. Debido a la mala calidad de los estudios, no se puede extraer una conclusión clara, aunque parece que esta terapia puede ser efectiva, sobre todo en niños mayores.

Existen diferencias en la tasa de ingresos y la mortalidad de la NAC según el sexo

de-Miguel-Díez J, López-de-Andrés A, Hernández-Barrera V, de-Miguel-Yanes JM, Carabantes-Alarcón D, Ji Z, Zamorano-Leon JJ, Jiménez-García R. Sex-differences in incidence of hospitalizations and in hospital mortality of community-acquired pneumonia among children in Spain: a population-based study. *Eur J Pediatr.* 2022 Jul;181(7):2705-2713. [\[Enlace\]](#)

Según la base de datos española de altas hospitalarias, en los años 2016-2019 existió una mayor incidencia de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en varones menores de 18 años que en las niñas de la misma edad, con una mayor proporción de muertes. La edad de 10 a 17 años, la patología cardíaca congénita, las enfermedades neurológicas y el uso de ventilación mecánica fueron factores de riesgo de mortalidad en ambos sexos.



Deficiencias en la atención global de la complejidad médica

Fritz CQ, Hall M, Bettenhausen JL, Beck AF, Krager MK, Freundlich KL, et al. Child Opportunity Index 2.0 and acute care utilization among children with medical complexity. *J Hosp Med.* 2022;17:243-251. [\[Enlace\]](#)

Los niños con complejidad médica y enfermedades crónicas presentan unas altas necesidades de recursos asistenciales, pero no sólo en el ámbito sanitario. Y en el otro sentido, la situación de enfermedad repercute negativamente en muchos ámbitos de la familia. Este binomio influye sin duda en la salud global del paciente y en la utilización de recursos. La utilización de las urgencias indica en parte el nivel de calidad de la situación, frente a otros recursos programados y sistemáticos de la asistencia. Que la familia tenga que hacer una alta frecuentación de la urgencia indica seguramente deficiencias en la atención global de un paciente con enfermedad crónica-compleja, muchas veces de naturaleza multicausal. Este estudio multicéntrico en el que se evaluó la influencia de factores educacionales, ambientales, oportunidades socioeconómicas, recogidos en el Child Opportunity Index 2.0. Los niños con enfermedades crónicas que vivían en zonas con índices más bajos presentaban una mayor frecuentación de urgencias, lo que debe condicionar intervenciones no sólo hospitalarias sino comunitarias dirigidas a mejorar los recursos de las familias de los niños con estas características.

Hospital Pediatrics

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Intervenciones psicosociales para el tratamiento del dolor abdominal funcional en niños. Revisión sistemática y meta-análisis

Gordon, Sinopoulou, Tabbers, Rexwinkel, De Bruijn, Dovey, et al. *JAMA Pediatr.* 2022;176(6):560-568. [\[enlace\]](#)

Meta-análisis de artículos de estudios clínicos aleatorizados sobre el uso de terapias del ámbito psicosocial en pacientes con dolor abdominal funcional. En los estudios se comparaban pacientes con dolor abdominal funcional que recibían terapia psicosocial (terapia cognitiva del comportamiento, apoyo educacional, yoga, hipnoterapia, hipnoterapia intestinal dirigida, imágenes guiadas y relajación) frente a pacientes que no recibieron ninguna de estas terapias. Encontraron tras la revisión que terapias como la terapia cognitiva del comportamiento y la hipnoterapia fueron de utilidad y podrían ser consideradas un posible tratamiento de el dolor abdominal funcional.

Reevaluación del papel de la raza en el cálculo del riesgo de infección del tracto urinario. Revisión sistemática y metanálisis

Shaikh, Lee, Stokes, Miller, Kurs-Lasky, Conway, Shope, Hoberman. *JAMA Pediatr.* 2022;176(6):569-575. [\[enlace\]](#)

¿Cuál es el valor de la variable raza en los modelos de predicción de infección urinaria en niños?

Revisión sistemática de los modelos de predicción de infección urinaria en niños de los que concluyen que la variable raza no se asocia directamente con la probabilidad de infección urinaria. Además, reemplazaron la variante raza por historia previa de infección urinaria y duración de la fiebre, no encontrando diferencias.

JAMA Pediatrics

Intervenciones psicosociales para el tratamiento del dolor abdominal funcional en niños. Revisión sistemática y meta-análisis.

Morris Gordon, Vassiliki Sinopoulou, Merit Tabbers, Robyn Rexwinkel, Clara De Bruijn, Terence Dovey, Marco Gasparetto, Helen Vanker, Marc Benninga. JAMA Pediatr. 2022;176(6):560-568. [\[enlace\]](#)

Meta-análisis de artículos de estudios clínicos aleatorizados sobre el uso de terapias del ámbito psicosocial en pacientes con dolor abdominal funcional. En los estudios se comparaban pacientes con dolor abdominal funcional que recibían terapia psicosocial (terapia cognitiva del comportamiento, apoyo educacional, yoga, hipnoterapia, hipnoterapia intestinal dirigida, imágenes guiadas y relajación) frente a pacientes que no recibieron ninguna de estas terapias. Encontraron tras la revisión que terapias como la terapia cognitiva del comportamiento y la hipnoterapia fueron de utilidad y podrían ser consideradas un posible tratamiento de el dolor abdominal funcional.

Reevaluación del papel de la raza en el cálculo del riesgo de infección del tracto urinario. Revisión sistemática y metanálisis.

Nader Shaikh, Matthew Lee, Lynissa r Stokes, Elizabeth Miller, Marcia Kurs-Lasky, Isabella Conway, Timothy R. Shope, Alejandro Hoberman. JAMA Pediatr. 2022;176(6):569-575. [\[enlace\]](#)

¿Cuál es el valor de la variable raza en los modelos de predicción de infección urinaria en niños? Revisión sistemática de los modelos de predicción de infección urinaria en niños de los que concluyen que la variable raza no se asocia directamente con la probabilidad de infección urinaria. Además, reemplazaron la variante raza por historia previa de infección urinaria y duración de la fiebre, no encontrando diferencias.

The JOURNAL of PEDIATRICS

Duración del seguimiento ecocardiográfico de pacientes con enfermedad de Kawasaki sin aneurismas coronarios al diagnóstico.

Wang, Morikawa, Akahoshi, Miyata, Sakakibara, Matsushima, et al. J Pediatr 2022;244:133-138. [\[enlace\]](#)

¿Cuál es el periodo de seguimiento adecuado para pacientes con enfermedad de Kawasaki que no tienen aneurismas al diagnóstico?

En este artículo retrospectivo sobre un total de 386 pacientes con enfermedad de Kawasaki sin aneurismas al diagnóstico. Incluyeron pacientes que habían tenido un seguimiento desde el inicio de la enfermedad de por lo menos 5 años. Solo encontraron a 9 pacientes que desarrollaron aneurismas al mes del diagnóstico y posteriormente otros 7, de los que 5 tuvieron una resolución espontánea y 2 fueron perdidos en el seguimiento. Concluyen que, en pacientes con enfermedad de Kawasaki sin aneurismas al diagnóstico, el control ecográfico al mes del diagnóstico es suficiente ya que la aparición de aneurismas posteriores es rara y de características benignas.



Vías venosas periféricas ecoguiadas

Kleidon TM, Schults J, Paterson R, Rickard CM, Ullman AJ. Comparison of ultrasound-guided peripheral intravenous catheter insertion with landmark technique in paediatric patients: A systematic review and meta-analysis. *J Paediatr Child Health*. 2022 ;58:953-961. [[Enlace](#)]

Revisión sistemática del rendimiento de la inserción de catéter venoso periférico ecoguiado frente a la práctica tradicional de puntos de referencia. Finalmente se incluyeron 5 estudios, con 995 pacientes, sin encontrar en diferencias en la tasa de éxito global o de primer intento o el tiempo de inserción. Hay que destacar que no se incluyeron estudios que evaluaran las vías venosas difíciles, que suponen un reto en nuestra práctica, y en esta circunstancia los autores reconocen que la técnica ecoguiada tiene un papel relevante.

Crítica o elogio, ¿dónde está el equilibrio?

Isaacs D. It is human to like to be praised. *J Paediatr Child Health*. 2022 Jun;58(6):946-947. [[Enlace](#)]

En este editorial se debate cómo influye la retroalimentación crítica o más positiva en las actitudes de aprendizaje de los residentes de pediatría. Se ha observado que el modelo habitual de corrección de las áreas negativas es mal tolerado por residentes que durante mucho tiempo han sido los alumnos más brillantes de sus institutos y facultades, y que no han percibido que están rodeados de gente, como mínimo, tan brillante como ellos. Y es que con frecuencia sobreestimamos nuestras capacidades, (fenómeno de [Dunning-Kruger](#)), y no nos gusta que nos lleven ante el espejo de nuestra incompetencia consciente. Esto les hace caer en situaciones de depresión y ansiedad. Por el contrario, la táctica del elogio excesivo conlleva muchas veces transmitir una situación irreal, y genera paradójicamente también situaciones de depresión y pesimismo, por no poder cumplir las expectativas planteadas. Es importante ajustar como administramos bien las dosis de crítica o elogio, buscando siempre mejora profesional y humana de nuestros residentes.

THE LANCET Child & Adolescent Health

Salud física y mental de adolescentes con Long COVID en Inglaterra

Stephenson T, Pinto Pereira SM, Shafran R, de Stavola BL, Rojas N, McOwat K, et al; CLoCk Consortium, Ladhani SN. Physical and mental health 3 months after SARS-CoV-2 infection (long COVID) among adolescents in England (CLoCk): a national matched cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 Apr;6(4):230-239. [[Enlace](#)]

Existen pocos estudios que analicen el "Long COVID" en población adolescente. En este estudio realizan un seguimiento a los 3 meses de adolescentes que habían presentado una prueba positiva para SARS-COV-2 y la comparaban con otro grupo con prueba negativa. Detectaron que los pacientes positivos tenían síntomas similares a los que dieron negativo, pero con mayor prevalencia de síntomas únicos y múltiples y síntomas que permanecían a los 3 meses del diagnóstico. El estudio pone de manifiesto la correlación que existe entre la patología física y mental en la población adolescente, requiriendo intervenciones específicas para este grupo de edad.

Violencia en niños con discapacidad

Fang Z, Cerna-Turoff I, Zhang C, Lu M, Lachman JM, Barlow J. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 May;6(5):313-323. [[Enlace](#)]

En los últimos años se ha objetivado un incremento sustancial de la violencia contra niños con discapacidad. En el estudio analizan los diferentes tipos de violencia, tanto física como emocional, sexual o por negligencia en los diferentes tipos de discapacidad como física, mental, sensorial, etc. Los autores destacan una prevalencia de violencia

en niños con discapacidad del 31%, siendo el doble de probable que los niños sin discapacidad. Aunque había gran heterogeneidad en los estudios, sí que destaca una mayor violencia en entornos desfavorecidos. El papel del pediatra, así como la investigación clínica en estos grupos es esencial para proteger a estos niños vulnerables.



La figura del asistente clínico

 Tudela P, Álamo-Junquera D. El médico y sus funciones, la propuesta del asistente clínico. Med Clin (Barc). 2022: S0025-7753(22)00186-5 [\[Enlace\]](#)

En los últimos años se ha ido incorporando diferentes aspectos tecnológicos, administrativos e informáticos, que prácticamente en su totalidad han recaído en los equipos asistenciales, incrementando la carga de trabajo, el desgaste profesional y la omnipresente “falta de tiempo” que deteriora la profesión médica. En los últimos años ha surgido la figura del asistente clínico, que pretende disminuir una parte de la carga de trabajo de los equipos asistenciales y mejorar la experiencia de pacientes y familiares. Entre sus funciones se encuentran gestionar las solicitudes de las exploraciones, gestión administrativa de documentos, de las visitas y otros servicios al paciente, todo ello de forma concordante, y finalmente realizar un seguimiento de estas. Además de la mejora de la satisfacción del paciente y sus familias, esta labor permite liberar a los médicos de una considerable carga de trabajo, que permite que puedan focalizar en las tareas exclusivas de su competencia asistencial, a la vez que incrementar su disponibilidad a la docencia e investigación, muy limitadas por la asistencia diaria.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

 Vaccine Efficacy in Adults in a Respiratory Syncytial Virus Challenge Study.

Schmoele-Thoma B, Zareba AM, Jiang Q, Maddur MS, Danaf R, Mann A, Eze K, Fok-Seang J, Kabir G, Catchpole A, Scott DA, Gurtman AC, Jansen KU, Gruber WC, Dormitzer PR, Swanson KA. N Engl J Med. 2022 Jun 23;386(25):2377-2386. doi: 10.1056/NEJMoa2116154. PMID: 35731653. [\[Enlace\]](#)

Una de las vacunas más largamente esperadas está muy cerca de aplicarse. Los autores desarrollan un estudio de fase 2a en adultos para recibir una sola inyección intramuscular de vacuna o placebo. Se observó una eficacia de la vacuna del 86,7 % (IC del 95 %, 53,8 a 96,5) para la infección sintomática por VSR confirmada por cualquier ARN viral detectable durante al menos 2 días consecutivos. La carga viral del RSV (horas × log10 copias por mililitro) fue de 0,0 (rango intercuartílico, 0,0 a 19,0) en el grupo de la vacuna y 96,7 (rango intercuartílico, 0,0 a 675,3) en el grupo placebo. Los títulos neutralizantes del RSV A 28 días después de la inyección fue de 20,5 (IC del 95 %, 16,6 a 25,3) en el grupo de la vacuna y de 1,1 (IC del 95 %, 0,9 a 1,3) en el grupo del placebo. No se observaron eventos adversos graves en ninguno de los grupos. Por todo ello los autores concluyen que su vacuna es eficaz y bien tolerada y respaldan para la evaluación adicional de su vacuna en un estudio de eficacia de fase 3.



 ¿Existe el hospital más seguro?

Milliren CE, Bailey G, Graham DA, Ozonoff A. Relationships Between Pediatric Safety Indicators Across a National Sample of Pediatric Hospitals: Dispelling the Myth of the "Safest" Hospital. *J Patient Saf.* 2022 Jun 1;18:e741-e746. [\[Enlace\]](#)

En los últimos años, fruto del interés por la seguridad del paciente, han surgido en algunos países [clasificaciones de los hospitales](#) en función de su seguridad. Este estudio observacional analiza 13 indicadores de seguridad extraídos de una base comparativa de hospitales pediátricos de los EEUU, observando importantes variaciones intrahospitalarias, más que interhospitalarias. Este estudio demuestra la naturaleza multifactorial de la seguridad del paciente y que no existe un ordenamiento único de los hospitales en base a estas medidas y, por lo tanto, ningún hospital pediátrico puede presumir de ser "el más seguro"

└ "Teoría de los cristales rotos" en nuestro Servicio de Pediatría

Goruroglu Ozturk O, Daglioglu G, Inal TC. Idea of Applying "Broken Windows Theory" to Clinical Laboratories as a Quality Tool to Increase the Success of Proactive Risk Management Strategies. *J Patient Saf.* 2022 1;18:e722-e726. [\[Enlace\]](#)

El objetivo de este artículo de opinión es proponer una nueva herramienta para estrategias proactivas discutiendo la aplicabilidad de la "[teoría de las ventanas rotas](#)" para aumentar el éxito de la gestión de riesgos y reducir el riesgo. Esta teoría propone que, si en una organización o empresa no se cuidan los protocolos y la manera de hacer las cosas, al final esta manera de hacer se perpetuará y extenderá comportamientos individuales de los trabajadores y sus responsables. El modelo de seguridad centrada en el sistema, más que en el individuo, requiere de una "cultura de la seguridad" menos reactiva, con una actitud anticipatoria y preventiva, que exige por tanto una baja tolerancia al incumplimiento de las recomendaciones de seguridad, y que involucre al ambiente, dinámica y trabajadores.

PEDIATRICS
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

└ Recommendation document on rapid intravenous rehydration in acute gastroenteritis.

Mora-Capín A, López-López R, Guibert-Zafra B, de Ceano-Vivas La Calle M, Porto-Abad R, et al; Grupo de Trabajo de Hidratación y Trastornos electrolíticos de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. *An Pediatr (Engl Ed).* 2022 Jun;96(6):523-535. doi: 10.1016/j.anpede.2021.04.011. Epub 2022 May 24. PMID: 35624005. [\[Enlace\]](#)

La gran variabilidad de las pautas de rehidratación intravenosa rápida (RIR) en niños con deshidratación secundaria a gastroenteritis aguda (GEA) en la práctica clínica ha promovido este documento de consenso obligado para los pediatras hospitalarios. El documento establece 16 recomendaciones, destacando como principales: 1) la RIR es segura en niños con deshidratación leve-moderada secundaria a GEA, salvo contraindicación expresa o comorbilidad aguda grave (recomendación fuerte, evidencia moderada); 2) se recomienda su uso en este contexto cuando la rehidratación oral haya fracasado o esté contraindicada (fuerte, alta); 3) se recomienda utilizar sueros isotónicos (fuerte, alta), sugiriendo como primera opción el suero fisiológico (débil, baja), añadiendo glucosa (2,5%) en pacientes con glucemia normal y cetosis (fuerte, moderada); 4) se recomienda un ritmo de infusión de 20 mL/kg/hora (fuerte, alta), durante una a cuatro horas (fuerte, moderada). Todas ellas basadas en la evidencia científica disponible, para contribuir a homogeneizar el uso de la RIR en nuestro medio.

Paediatrics
Child Health

└ Simulación- ¿Por dónde empezamos?

Maawali AA, Amin H, Baerg K, Feldman M, Gorodzinsky F et al *To sim or not to sim—choosing wisely for procedural skills training in paediatrics.* , *Paediatrics & Child Health*, 2022 en prensa [\[Enlace\]](#)

La simulación es una modalidad de aprendizaje de alta utilidad para la formación pediátrica. Esta encuesta multicéntrica realizada entre pediatras canadienses trata de priorizar las habilidades que deben ser simuladas en los planes de estudio de formación pediátrica. Las habilidades calificadas como de alta importancia y también de alta frecuencia fueron: ventilación con bolsa-mascarilla, punción lumbar, reanimación cardiopulmonar neonatal, obtención de muestras para enfermedades infecciosas, inmunización y legrado de oído. Hubo otro grupo de habilidades que fueron calificadas como muy importantes, pero de baja frecuencia fueron: RCP pediátrica, inserción de agujas intraóseas, intubación neonatal, desfibrilación, toma de muestra para evidencia de maltrato infantil, intubación pediátrica, inmovilización de la columna cervical y colocación de sonda oral/nasogástrica. Precisamente por su infrecuencia en la práctica clínica deben ser objetivos prioritarios de simulación

Pediatric Clinics

Fallo hepático agudo en pediatría

Sabapathy DG, Desai MS. Acute Liver Failure in Children. *Pediatr Clin North Am.* 2022 Jun;69(3):465-495. [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre el fallo hepático agudo en pediatría, abordando aspectos como su definición, etiología, forma de presentación y manejo clínico. Si bien está orientado desde el punto de vista del niño crítico, expone cuestiones importantes que todo pediatra internista debe conocer.

Pediatric Emergency Care

La dexametasona en dosis única no es inferior a 2 dosis en las exacerbaciones leves a moderadas del asma pediátrico en urgencias

Martin, Meghan; Penque, Michelle; Wrotniak, Brian H; Qiao, Haiping; Territo, Heather. *Pediatr Emerg Care:* 2022; 38(6), p e1285- 1290. [\[enlace\]](#)

Estudio en el que comparan la eficacia de una única dosis de dexametasona frente a dos dosis para el tratamiento de las crisis asmáticas leves y moderadas atendidas en urgencias de pediatría. Se realizó un seguimiento de forma telefónica de todos los pacientes, valorando sobre todo la reconsulta, la duración de los síntomas, días perdidos de clase y efectos secundarios. Concluyen que no hubo diferencias entre los dos grupos sobre todo en reconsultas y empeoramiento.

Valor de la temperatura para predecir infección bacteriana invasiva en lactante febril. Un estudio del Grupo Español de Investigación en Urgencias Pediátricas (RISeuP-SPERG).

Mercedes de la Torre, Borja Gómez, Borja; Roberto Velasco, et al. *Pediatr Emerg Care:* 2022; 38(6), p e1294-1297. [\[enlace\]](#)

El grupo español de urgencias de pediatría investiga sobre la posibilidad de tener una infección bacteriana invasiva en niños menores de 90 días. En este estudio quieren saber si el grado de fiebre es predictivo de infección bacteriana invasiva (IBI). Concluyen que hasta un 46% de los pacientes con IBI tenían menos de 38.6°C, por lo que el grado de fiebre no debe ser utilizado como discriminador y que es necesaria la realización de hemocultivo a todo paciente menor de 90 días que acude a urgencias con 38°C o más.

Características clínicas y etiología de neumonía comunitaria en USA, 2015-2018

Yun KW, Wallihan R, Desai A, Alter S, Ambroggio L, Cohen DM, et al; Children's Hospitals Initiative for Research in Pneumonia. Clinical Characteristics and Etiology of Community-acquired Pneumonia in US Children, 2015-2018. *Pediatr Infect Dis J.* 2022 May 1;41(5):381-387. [\[Enlace\]](#)

La neumonía supone una importante causa de ingreso hospitalario, con las implicaciones clínicas y costes que supone. Los autores analizaron las características clínicas y etiológicas de niños con neumonía comunitaria tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Se sacaron hisopos nasofaríngeos en todos los sujetos, aparte de hemocultivos y cultivos de líquido pleural. La taquipnea y los hallazgos radiológicos fueron más frecuentes entre los niños hospitalizados. Se detectó algún patógeno en el 64,6% de los pacientes: (55,6%) virus, (8,8%) bacterias atípicas y (4,3%) bacterias típicas. En el 4,1% se detectaron virus y bacterias. Los virus más detectados fueron: rinovirus (18,6 %) y el virus respiratorio sincitial (16,8 %). Las bacterias más frecuentes: *Mycoplasma pneumoniae* (8,2 %) y *Streptococcus pneumoniae* (2,3 %). A nivel etiológico no hubo diferencias entre el entorno hospitalario y ambulatorio, salvo *Streptococcus pneumoniae*, que se detectó más en entorno hospitalario.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Encefalitis autoinmune en niños

Hardy D. *Pediatr. Autoimmune Encephalitis in Children. Neurol.* 2022 Jul;132:56-66. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2022.05.004. Epub 2022 May 13. PMID: 35640473. [\[Enlace\]](#)

Este trabajo, de muy recomendable lectura, actualiza los conocimientos vertiginosos sobre la encefalitis autoinmune que es un grupo de trastornos inflamatorios del sistema nervioso central (SNC) que afectan con mayor frecuencia a adultos jóvenes y niños. Relacionados con los anticuerpos contra las proteínas de la superficie de las células neuronales, los receptores y los canales iónicos; sin embargo, algunas formas del trastorno no tienen anticuerpos conocidos en este momento. En los niños, las manifestaciones neurológicas como convulsiones, trastornos del movimiento y déficits neurológicos focales son más prominentes en la presentación inicial que los síntomas psiquiátricos o conductuales. Cuando se presentan síntomas psiquiátricos, a menudo se manifiestan como rabietas, agresión, agitación y rara vez psicosis. El diagnóstico y el tratamiento temprano pueden conducir a mejores resultados y menos recaídas. Las terapias de primera línea incluyen esteroides intravenosos, inmunoglobulina intravenosa y plasmaféresis, mientras que el rituximab y la ciclofosfamida se utilizan para la enfermedad refractaria o recidivante. Esta revisión destaca las diferentes formas de este trastorno, analiza el enfoque del diagnóstico y el tratamiento, y revisa el resultado y el pronóstico de los niños diagnosticados con diferentes formas de encefalitis autoinmune.



Formación médica y apoyo de la industria farmacéutica

Domínguez-Alegría AR, Pinto-Pastor P, Herreros B, Real-de-Asúa D. ¿Debe la industria farmacéutica participaren la formación médica continuada? *Rev Clín Esp.* 2022 [\[Enlace\]](#)

En julio de 2020 se presentó en el Congreso una propuesta que proponía que la formación médica continuada (FMC) se financiase exclusivamente por las administraciones públicas, prohibiendo la participación privada. En este estudio se trata de recoger la opinión de médicos y farmacéuticos hospitalarios sobre la propuesta de ley, conocer que piensan acerca de la financiación de la FMC y sus posibles conflictos de interés. El 55,2% no está de acuerdo con la propuesta de ley. El 19,8% no se ha sentido cómodo cuando le han financiado un curso o congreso y el 74,5% considera que la participación privada de la financiación no influye en sus prescripciones. Las conclusiones del estudio generan una importante reflexión: si no hay conciencia de un problema, no es posible cambiar las actitudes. Por lo

tanto, es importante educar a los profesionales para que conozcan los conflictos de interés y que aprendan a manejarlos. Se debe dotar a los profesionales de herramientas que permitan diferenciar y separar la formación del marketing.

RECURSOS

No estamos sol@s, estamos enredad@s

DIRECTORIO DE RECURSOS SOBRE COVID-19 EN EDAD PEDIÁTRICA

La Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria (SEPIH), dada la naturaleza de su área funcional, la Pediatría Interna Hospitalaria y de la atención integral del niño hospitalizado, se suma a las iniciativas para **el abordaje de la epidemia por SARS-CoV-2** a la que asistimos estas semanas. Ante la incertidumbre, resulta crucial que los pediatras dispongan de la información actualizada y relevante para la mejor asistencia de los niños afectados. **Actualizado noviembre 2020.**

Accede libremente y no dudes en compartir: [Directorio de recursos COVID-19 para la atención pediátrica en el ámbito hospitalario.](#)

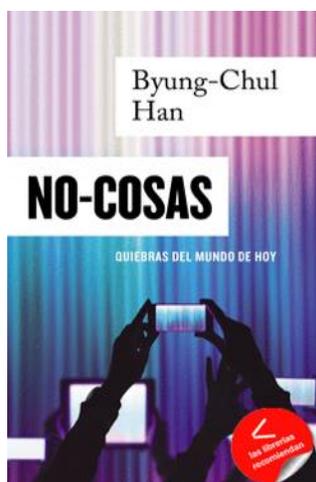
RECURSOS PARA PEDIATRAS HOSPITALISTAS

Listado de recursos en la red de utilidad para el pediatra hospitalario: acceso a protocolos de actuación, guías de práctica clínica, herramientas para mejorar la seguridad de la asistencia, enlaces de revistas y sociedades, agencias de salud, hospitales pediátricos... todos ellos integrados en un único documento actualizado. No dudéis en compartirlo con pediatras y residentes.

[Recursos útiles en la red para la Pediatría Interna Hospitalaria](#)

Y NO TODO ES PEDIATRÍA...

No-cosas. Quiebras del mundo de hoy



Nuevo ensayo de este filósofo surcoreano, profesor de la Universidad de Berlín. En esta ocasión realiza una aproximación crítica a la “inteligencia” artificial. Los medios digitales sustituyen a la memoria, los estímulos y el ruido al silencio necesario que nos ancla en nuestra propia vida. El mundo se llena de información, pero que no conlleva verdades que nos arraigan en nuestro ser, sino que nos desmaterializa y nos ciega a cosas silenciosas y discretas, incluso las habituales y menudas, que no nos estimulan como un “like”, pero que nos ayudan a determinar quiénes somos.

Editorial Taurus.
ISBN 978-84-306-2434-8

Hasta la próxima se despiden el equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:

- **Pedro J Alcalá Minagorre.** *Hospital General Universitario (Alicante)*
- **Felipe González Martínez.** *Hospital Gregorio Marañón (Madrid)*
- **David López Martín.** *Hospital Costa del Sol (Marbella)*
- **José David Martínez Pajares.** *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
- **José Miguel Ramos Fernández.** *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
- **Miguel Ángel Vázquez Ronco.** *Hospital de Cruces (Bilbao)*

Editado en Madrid por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPIH)

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepih.es



Correspondencia: equipo editorial SEPIH; e-mail: Revista_PedHosp@sepih.es

Este es un trabajo original Open Access bajo la [licencia CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)